



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização

em Enfermagem Médico - Cirúrgica

Fernanda Maria Dias Simões Bernardo

LISBOA, Março de 2010



UNIVERSIDADE
CATÓLICA | INSTITUTO DE
PORTUGUESA | CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização

em Enfermagem Médico - Cirúrgica

Fernanda Maria Dias Simões Bernardo

Sob orientação da Professora Georgeana Marques da Gama

LISBOA, Março de 2010

RESUMO

Este trabalho surge no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, dá resposta à unidade curricular Relatório e ilustra, de forma reflexiva, o percurso feito durante os estágios previamente efectuados.

Numa primeira abordagem são apresentados os módulos de estágio realizados, os locais onde decorrem e os motivos da sua escolha. É feita, também, referência ao módulo creditado e à justificação da sua creditação.

No seu decorrer são apresentados os objectivos previamente delineados para cada módulo do estágio, realizada uma análise reflexiva das actividades definidas para os operacionalizar e efectuado um enquadramento conceptual. São ainda definidas as competências adquiridas no decorrer dos ensinamentos clínicos e que foram determinantes para obtenção do título de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

No presente relatório são abordadas áreas como a formação, a comunicação, a família, a humanização, a prevenção de úlceras de pressão, a dor e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE®.

ABSTRACT

This work appears in the scope of the course of Master in Medical-Surgical Nursing, responds to the course subject *Report* and illustrates reflexively the journey made during the previous training modules.

First of all, the training modules carried out are presented, as well as the places where they take place and the reasons why they were chosen. The credited module and the justification of its credit are also referred to.

In the course of this work, the objectives previously outlined for each of the training modules are shown, a reflective analysis of the activities to operationalize them is carried out and a conceptual framework is set. The skills acquired in the course of clinical teaching, which were fundamental to obtain the title of nurse specialist in Medical-Surgical Nursing, are also defined.

The current report covers areas such as training, communication, family, humanizing, ulcer prevention pressure, pain and the International Classification for Nursing Practice, ICNP®.

*“A curiosidade do espírito na busca de princípios certos é o primeiro passo
para a conquista da sabedoria.”*
Sócrates

AGRADECIMENTOS

À Professora Georgeana Marques da Gama, pela sua disponibilidade e profissionalismo.

Aos meus pais, porque sem eles este percurso não teria sido possível.

Ao Luís, companheiro de todos os momentos e que sempre acreditou em mim.

Ao Rui, pela força transmitida em cada palavra.

À Catarina, por tudo....

SIGLAS

BPS - Behavioral pain Scale

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CODU - Centro de Orientação de Doentes Urgentes

DGS - Direcção-Geral da Saúde

DGSG – Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas

DPCD – Divisão de Prevenção e Controlo da Doença

DSCS – Direcção de Serviços de Cuidados de Saúde

EPUAP - European Pressure Ulcer Advisory Panel

ICN - International Council of Nurses

ICNP® - International Classification for Nursing Practice

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

PSP – Polícia de Segurança Pública

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

ÍNDICE

f

0 – <u>INTRODUÇÃO</u>	15
1 – <u>ANÁLISE REFLEXIVA DOS ESTÁGIOS</u>	18
1. – <u>MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA</u>	18
2. – <u>MÓDULO II – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS</u>	31
2 – <u>ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS</u>	45
3 – <u>CONCLUSÃO</u>	49
4 – <u>REFERÊNCIAS</u>	51
ANEXOS.....	55
ANEXO I – <u>Declaração comprovativa de funções</u>	57
ANEXO II – <u>Exemplos de composição de diagnósticos, intervenções e resultados segundo a CIPE®</u>	60
ANEXOIII – <u>Escala de Braden</u>	64
ANEXO IV – <u>Plano de sessão da formação “A Avaliação do Risco de Desenvolvimento de Úlceras de Pressão Através da Escala de Braden”</u>	67
ANEXO V – <u>Sessão de formação “A Avaliação do Risco de Desenvolvimento de Úlceras de Pressão Através da Escala de Braden”</u>	70
ANEXO VI – <u>Documento de divulgação da sessão de formação “ A Avaliação do Risco de Desenvolvimento de Úlceras de Pressão Através da Escala de Braden”</u>	80
ANEXO VII – <u>Avaliação da sessão de formação “A Avaliação do Risco de Desenvolvimento de Úlceras de Pressão Através da Escala de Braden”</u>	83
ANEXO VIII - <u>Documento deixado no Serviço de Urgência sobre a temática da avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão</u>	86
ANEXO IX - <u>Plano de Sessão da formação “ CIPE®- Uma Sensibilização”</u>	96
ANEXO X – <u>Sessão de formação “ CIPE®- Uma Sensibilização “</u>	99
ANEXO XI – <u>Documento de divulgação da sessão de formação”CIPE®-Uma Sensibilização</u>	111
ANEXO XII – <u>Avaliação da sessão de formação “CIPE®- Uma Sensibilização”</u>	114

ANEXO XIII – <u>Escala de avaliação da dor BPS</u>	117
ANEXO XIV – <u>Medidas não farmacológicas perante a dor</u>	120
ANEXO XV – <u>Folha inicial de compilação de artigos, em suporte informático, sobre a dor</u> <u>deixado na Unidade de Cuidados Intensivos</u>	124

0 - INTRODUÇÃO

O seguinte trabalho foi realizado no âmbito do Curso Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica de Lisboa e tem por base uma reflexão crítica do percurso efectuado e principais actividades realizadas nos estágios que conduziram ao desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Segundo a ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009,p.10) através

“(...) da certificação destas competências clínicas especializadas assegura-se que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos ,capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo alvo e actuar em todos os contextos de vida das pessoas , em todos os níveis”.

A escolha desta área de especialidade teve por base um enriquecedor percurso realizado na área da medicina onde, devido ao envelhecimento da população, surgem situações cada vez mais complexas e com maior necessidade de cuidados. Da necessidade de desenvolver competências que me permitissem actuar em conformidade com cada situação surge a frequência deste curso, pois como escreve TORRES (2008,p.21)

“o ideal é que em cada contexto onde exista um doente crítico, este possa ser atendido por um especialista que desenvolveu a competência necessária para actuar preventivamente de forma a evitar a deterioração do seu estado de saúde/doença”.

O Estágio teve lugar no Centro Hospitalar de Lisboa Zona Central - Hospital de São José, em duas Unidades distintas - no Serviço de Urgência e na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes I. A escolha desta instituição baseou-se, por um lado, na proximidade com o meu local de trabalho (Hospital Santo António dos Capuchos) e, por outro, na ligação afectiva que tenho com esta instituição que se foi desenvolvendo ao longo de catorze anos de actividade profissional. A ênfase que o Centro Hospitalar dá à prestação de cuidados de saúde diferenciados de qualidade em ambiente humanizado, à formação dos seus profissionais e à investigação e, ainda, o facto de ser um hospital central que permite um grande leque de experiências propícias à aprendizagem, foram, também, determinantes neste processo.

O módulo I foi realizado no Serviço de Urgência Geral e Polivalente entre 20 de Abril e 20 de Junho de 2009.

O módulo II na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente I entre 28 de Setembro e 20 de Novembro de 2009.

Quanto ao módulo III, previsto no plano de estudo como módulo opcional, foi-me creditado devido às competências adquiridas em dez anos de experiência num serviço de Medicina. Nesta Unidade Funcional, exerço funções como enfermeira de cuidados gerais,

assumindo a gestão da equipa onde me insiro e a gestão do serviço em substituição da senhora enfermeira chefe. Concomitantemente, tenho apresentado um papel activo ao nível de integração de novos elementos e na orientação de alunos em estágio. Áreas da minha atenção têm vindo a ser a formação, sendo formadora do hospital na área das úlceras de pressão e a investigação, tendo participado num estudo a nível nacional também nesta área. Paralelamente, e ao longo do meu desempenho, tenho sido elemento dinamizador de grupos de trabalho em várias áreas, sendo o último relativo aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (ANEXO I).

O Serviço de Urgência Geral e Polivalente situa-se no piso térreo do hospital junto às duas saídas do mesmo e é responsável pelo atendimento em primeira linha à população de Lisboa residente na área correspondente à unidade de saúde B e, em segunda linha, à população de alguns concelhos da zona centro e distritos da zona sul do país no que diz respeito a algumas especialidades.

Neste serviço podemos encontrar três sectores funcionais: a área de admissão, a área de ambulatório e a área de observação. Na zona de admissão, situam-se a unidade administrativa; as salas de espera; a sala de triagem; o posto da PSP; a área de apoio aos clientes e o gabinete de informação. Segue-se, depois, a área de ambulatório, onde existem quatro gabinetes de atendimento médico; um de atendimento cirúrgico; uma zona de tratamento de clientes respiratórios; uma área de atendimento de clientes em maca de prioridade verde - azul (pouco urgente) e outra de prioridade amarelo - laranja (urgente); um posto de colheita de sangue; um posto de realização de electrocardiogramas; duas salas de realização de radiografias; duas salas de pequena cirurgia; uma sala de pensos sépticos e três unidades especializadas de atendimento médico. Por último, a área de observação, constituída por cinco salas com capacidade total de vinte e duas camas; uma sala de isolamento; duas salas de reanimação com lotação de uma cama em cada e uma sala de trauma com a lotação de duas camas, munida de equipamento de radiografia digital e com capacidade para intervenções cirúrgicas de emergência. Há também a zona de apoio, constituída por várias salas que se dispõem ao longo do corredor principal da área de observação e com saídas directas para o exterior. O seu carácter polivalente, a sua extensa área de actuação e diversidade e características das situações de urgência/ emergência que a ela ocorrem aliados à filosofia do Centro Hospitalar foram decisivos na minha escolha.

A Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente I é uma unidade destinada ao internamento de clientes com indicação de cuidados diferenciados (intermédios e intensivos), com ou sem necessidade de ventilação mecânica invasiva, do foro cirúrgico, médico e de traumatologia. Tem a lotação de dezasseis camas, distribuídas de igual modo por dois sectores funcionais: sector de nível I- Cuidados Intermédios e sector de nível III- Cuidados Intensivos. Cada sector é constituído por duas salas com quatro camas cada e, neste momento, a segunda sala de cuidados intermédios encontra-se encerrada por motivos organizacionais da instituição. Todas as salas dispõem de equipamento tecnológico necessário à situação clínica

de cada cliente, desde, monitorização hemodinâmica; rampas de oxigénio; ventiladores; rampas de vácuo, entre outros. Mais uma vez, a filosofia do Centro Hospitalar onde está inserida e o seu carácter polivalente passível de proporcionar um elevado e enriquecedor número de experiências, justificaram a minha preferência.

A orientação dos ensinios clínicos coube à professora Georgeana Marques da Gama por Parte da Faculdade e das Senhoras enfermeiras Especialistas Rosário Ataíde no Serviço de Urgência e Maria José Mendes na Unidade de Cuidados Intensivos.

Como objectivo geral deste relatório defini:

- Desenvolver a capacidade de crítica, de auto-avaliação e de reflexão sobre o processo de aprendizagem.

Como objectivos específicos delineei:

- Apresentar os objectivos previamente definidos para cada módulo de estágio;
- Descrever de forma crítica as actividades desenvolvidas nos ensinios clínicos;
- Demonstrar competências adquiridas e aperfeiçoadas inerentes ao enfermeiro especialista;
- Identificar propostas para melhoria da qualidade dos cuidados.

Para tal, considerei pertinente estruturar o trabalho da seguinte forma: em primeiro lugar, é apresentada uma introdução na qual são enunciados os objectivos deste relatório, é feita uma breve caracterização dos locais de estágio e são referidos os motivos da sua escolha, bem como, os que conduziram à escolha deste curso. Em segundo lugar, surge o desenvolvimento do trabalho, que se encontra dividido em dois capítulos. No primeiro é realizada uma análise reflexiva dos estágios efectuados e no segundo uma análise das competências desenvolvidas. O capítulo relativo aos módulos de estágio encontra-se dividido em dois subcapítulos onde são apresentados os objectivos definidos para cada um dos módulos e realizada uma análise crítica das actividades desenvolvidas para os operacionalizar. Por último surge a conclusão, na qual são feitas as considerações finais acerca deste processo de aprendizagem, tendo por base uma análise crítica global dos assuntos abordados com o reconhecimento dos contributos, dificuldades, limitações e sugestões encontradas.

1 - ANÁLISE REFLEXIVA DOS ESTÁGIOS

Neste capítulo, que está dividido em dois subcapítulos Módulo I - Serviço de Urgência e Módulo II - Unidade de Cuidados Intensivos são descritos os objectivos para cada um dos módulos e realizada uma análise reflexiva das actividades desenvolvidas para os atingir. De forma reflexiva é descrito o caminho no qual foi possível o desenvolvimento de competências inerentes ao enfermeiro especialista.

O mundo onde vivemos está em permanente mudança e, dessa mudança, surgem novos comportamentos e conhecimentos dos quais emergem crescentes expectativas, que levam a um aumento da complexidade dos cuidados. Como resposta a estas necessidades surge o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica que como refere TORRES (2008,p.21)

“ (...) é detentor de um rol de capacidades, de saberes e de habilidades que o tornam capaz de actuar nas mais díspares áreas. Tendo por base a excelência da prática especializada na equipa de saúde, promove a capacidade crítica dos seus pares, actuando como perito nas diferentes dimensões do cuidar, permitindo o desenvolvimento pessoal e profissional de cada um, em particular e da equipa em geral”.

1.1

- MÓDULO I - SERVIÇO

DE URGÊNCIA

O primeiro estágio, correspondente ao Módulo I, decorreu no Serviço de Urgência do Centro Hospitalar de Lisboa Zona Central e para ele foram delineados os seguintes objectivos:

- **Prestar cuidados de enfermagem especializados a clientes de médio/alto risco durante o seu percurso no serviço de urgência (na sala de triagem, balcões e sala de observações) e, ainda, no seu percurso até à urgência.**
- **Prestar cuidados de enfermagem especializados ao cliente de médio/alto risco em situações de urgência/emergência na sala de reanimação/trauma.**
- **Contribuir para a humanização dos cuidados no Serviço de Urgência.**

O Serviço de Urgência do Centro Hospitalar de Lisboa Zona Central é uma unidade com características pluridemensionais, cuja missão é prestar cuidados de saúde gerais e /ou diferenciados em situações de urgência/emergência, no âmbito da emergência médica, cirúrgica e politraumatológica.

Nas primeiras duas semanas, tal como previra no projecto inicial, operacionalizei o primeiro objectivo - **Prestar cuidados de enfermagem especializados a clientes de médio/alto risco durante o seu percurso no serviço de urgência (sala de triagem, balcões e sala de observações) e ainda no seu percurso até à urgência.**

Num primeiro momento, foi feita a apresentação do serviço. Através de uma visita guiada, fiquei a conhecer a estrutura física do serviço, as suas valências, os serviços de apoio e os recursos humanos e materiais existentes, bem como, os protocolos vigentes no serviço e na instituição. É de salientar a disponibilidade e simpatia dos colegas que, desde o primeiro dia, se mostraram totalmente disponíveis e prontos a colaborar neste processo de aprendizagem. Posteriormente, foi elaborado o plano de distribuição de trabalho, tendo sido inserida numa equipa.

Nos primeiros dias procurei integrar-me na equipa, conhecendo as rotinas e dinâmica existentes. Este processo decorreu de forma gradual e posso considerá-lo bem sucedido. Em alguns momentos senti o impacto inicial causado por um novo processo de aprendizagem onde a dinâmica e o meio ambiente são desconhecidos, bem como a maior parte dos recursos humanos. Sentimentos como a ansiedade, insegurança e incerteza foram os que vivenciei. Factores preponderantes para seu desaparecimento foram a disponibilidade por parte dos colegas da equipa e conhecimento prévio de grande parte dos elementos da equipa médica.

Perante a receptividade que senti, foi possível percorrer um caminho onde a incerteza deu lugar à confiança, onde a insegurança se foi desvanecendo e onde foi surgindo uma crescente autonomia.

Iniciei o meu percurso na sala de triagem que pode ser entendida como o processo que se utiliza para determinar a gravidade de uma lesão ou doença e que se aplica a todos os clientes que são admitidos no serviço de urgência (BRACKEN *in* SHEEHY 2001, p.117). Neste serviço, utiliza-se o sistema de triagem de *manchester*, no qual consoante a sintomatologia referida pelo cliente, e, tendo por base um fluxograma, é - lhe atribuído uma cor que estabelece a prioridade dos cuidados: vermelho - emergente; laranja - muito urgente; amarelo - urgente; verde - pouco urgente e azul - não urgente. Esta avaliação é efectuada por um enfermeiro a quem foi ministrada formação prévia, o que leva a que alguns elementos da equipa não o possam fazer. A existência de formação na área, aliada à experiência profissional e à existência de uma sensibilidade que permita detectar e relacionar sinais inespecíficos, são determinantes para um adequado e responsável processo de tomada de decisão. Neste sector,

assumi o papel de observadora, mas não o fiz de uma forma passiva, já que procurei incessantemente situações de aprendizagem.

Em primeira instância, tive oportunidade de verificar que esta instituição possui uma alargada área de influência, o que leva a que a população que ali recorra possua múltiplas características e seja oriunda de vários locais e de culturas diferentes. Também os imigrantes e os visitantes do país são uma constante, o que enfatiza ainda mais esta questão, tornando visível a pluralidade de culturas e de valores.

De imediato e surpreendentemente, verifiquei, por parte dos colegas, a existência de uma sensibilização para estas questões sendo evidente a preocupação em conferir cuidados culturalmente congruentes. LEININGER (1998, p. 32) a este propósito refere

“assim, os enfermeiros de hoje e de amanhã têm de possuir conhecimentos e aptidões que lhes permitam lidar com pessoas de diversas culturas (imigrantes, refugiados) e com diversos estilos de vida, diferentes valores, diferentes crenças e diferentes expectativas face aos enfermeiros e aos prestadores de cuidados de saúde”.

Além dos valores culturais, saliento, ainda, a importância dada pelos enfermeiros à família/pessoa significativa, denotando a valorização da informação por eles transmitida na personalização do cuidar. Esta postura surpreendeu-me positivamente e fez-me perceber que ela se revelaria como um veículo facilitador na implementação do terceiro objectivo -Contribuir para a humanização dos cuidados no Serviço de Urgência, que será discutido mais à frente.

No entanto, enquanto observadora activa, também tive oportunidade de constatar a existência de algumas limitações, como seja a privacidade do cliente que na maior parte da vezes se encontra comprometida pela existência de outros clientes e família na sala.

Durante a permanência na sala de triagem apercebi-me dos possíveis circuitos do cliente durante a sua estadia no serviço de urgência e que estes estão dependentes da avaliação inicial.

Após a passagem pela triagem, prestei cuidados nas áreas de atendimento, vulgarmente denominadas de balcões. Trata-se de um dos locais onde os clientes são observados pelo médico pela primeira vez e estão organizados de acordo com a cor (que indica a prioridade do atendimento). Perante esta situação, privilegiei a área de atendimento amarelo - laranja por ser este o local onde permanecem os clientes com situação mais crítica e necessitados de cuidados de maior complexidade.

Depois das áreas de atendimento, o local de aprendizagem foram as salas de observação. Nestas, tive oportunidade de cuidar de clientes das diversas especialidades.

Para além da prestação de cuidados durante o percurso do cliente de médio/ alto risco no Serviço de Urgência, tive, ainda, a oportunidade de conhecer o seu percurso até à urgência. Neste contexto fiz parte, durante um turno, de uma equipa da VMER. Esta é uma unidade que está englobada no departamento do Serviço de Urgência e Cuidados Intensivos do Centro

Hospitalar mas, no entanto, é independente já que possui um centro de custo próprio. Funcionalmente, a unidade depende do INEM, sendo activado pelo CODU que também dá a indicação do hospital para onde a vítima deverá ser conduzida. No que diz respeito aos consumíveis, estes são da responsabilidade do Centro Hospitalar e o equipamento é da responsabilidade do INEM.

Esta foi uma experiência única, mas que, como não posso deixar de referir, ficou aquém das minhas expectativas. O facto de ter programado apenas um dia para esta actividade e a existência apenas de uma activação da viatura para o exterior, revelaram-se as principais limitações para o desenvolvimento da mesma. Não obstante, durante a operação de socorro, tive a oportunidade de monitorizar o cliente, de efectuar um penso (pois tinha sido vítima de agressão) e ainda de lhe prestar apoio emocional. Apesar de todas as limitações, esta experiência constituiu um importante momento de reflexão acerca do processo de tomada de decisão na abordagem do cliente emergente, acerca do planeamento e execução dos cuidados neste cenário e ainda acerca do controle das emoções. Esta actividade permitiu-me entender que o enfermeiro assume um papel de destaque imprescindível para o sucesso da equipa, opinião também partilhada pela ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007,p.1) quando afirma que "só o enfermeiro pode assegurar os cuidados de enfermagem ao indivíduo, família e comunidade, em situação de acidente e/ou doença súbita, da qual poderá resultar a falência de uma ou mais funções vitais, pelo que deve integrar obrigatoriamente a equipa de socorro pré-hospitalar".

Durante a prestação de cuidados acompanhando o cliente médio/alto risco no seu percurso pela sala de triagem, zonas de atendimento e sala de observações, para além de constatar a elevada afluência e heterogeneidade, verifiquei em particular o envelhecimento da população. Este último aspecto foi facilitador na prestação de cuidados, pois a mobilização de conhecimentos da minha experiência profissional foi uma constante. Em todos os sectores, assumi uma postura activa procurando situações de aprendizagem. A permanente utilização de princípios científicos e técnicos foram determinantes para o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados especializados. Integrada na equipa assumi um papel activo na colheita de dados, diagnóstico, planeamento e avaliação de cada situação.

Para a colheita de dados utilizei, quando possível, os actuais diários clínicos e os registos médicos de situações anteriores, que se encontram informatizados e passíveis de ser consultados, os outros elementos da equipa e, sobretudo, a família/ pessoa significativa que mesmo quando não se encontrava junto do seu familiar não hesitei em chamar, para que fosse disponibilizada o máximo de informação. MARTINS [et. al.] (2008,p.1096) referindo-se a vários autores identifica a família como " a primeira a observar a mudança no humor e disposição dos seus membros, e a desempenhar as acções no sentido de aliviar os sintomas (...)". Do meu ponto de vista esta é uma atitude, ainda que não inovadora, determinante para a personalização dos cuidados. Perante esta minha iniciativa, senti respeito por parte dos colegas que não a praticavam e tive oportunidade de lhes explicar o meu ponto de vista, tendo

em conta que as pessoas uma vez esclarecidas poderão adoptar a mudança de forma voluntária (TAPPEN 2005, p. 223).

Perante um cliente crítico, o enfermeiro ao elaborar o plano de cuidados, tem de assumir uma postura flexível, inovadora e de acção imediata e eficaz. Foi esta a postura que procurei assumir e que considero que fui desenvolvendo ao longo do desempenho. Para TAYLOR e TAYLOR JR *in* SHEEHY (2001,p.9) "a flexibilidade de adaptação às alterações que ocorram no doente na Urgência é indispensável à manutenção de um plano actualizado de cuidados prestados ao doente do Serviço de Urgência".

Destaco, também, a importância de uma constante avaliação, para a qual fiquei desperta, na medida em que, enquanto se processa o atendimento, o enfermeiro faz uma avaliação recorrente a fim de verificar se as intervenções estão a ser eficazes, se estão a surgir novos problemas e/ou se são necessárias outras intervenções (TAYLOR e TAYLOR JR *in* SHEEHY 2001,p.10). Esta actividade foi um forte contributo para o desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados especializados ao cliente em estado crítico.

Etapa fundamental e transversal a todo este processo são os registos, que neste serviço são feitos manualmente em folhas próprias e de forma narrativa, tal como afirma BOLANDER (1998, p.603) " nas narrativas, a informação é registada de uma forma não estruturada, pertencendo a quem regista a decisão sobre a quantidade e aspectos a focar na descrição". Mediante o que observei e tendo em conta a minha experiência anterior, pois no serviço onde desempenho funções são internados os clientes ali admitidos, não foi difícil compreender como este tipo de registos poderia conduzir a alguns problemas de comunicação e que se isso poderia repercutir-se na qualidade dos cuidados prestados.

Face a esta situação, e tendo por base os Padrões de Qualidade definidos e pela Ordem dos Enfermeiros que no seu enunciado descritivo - A Organização dos Cuidados de Enfermagem cita que

" são elementos importantes (...) a existência de um sistema de registos que incorpore sistematicamente, entre outros dados as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente".

(ORDEM DOS ENFERMEIROS 2001p,15) iniciei um processo de sensibilização dos colegas acerca de outra estrutura de registos que pudesse trazer benefícios - A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE®. Esta classificação tem como objectivo a uniformização da linguagem, tornar visível a prática de enfermagem nos sistemas de informação em saúde, descrever e integrar a enfermagem na investigação, educação e gestão e contribuir para o desenvolvimento de políticas de saúde (ICN 2005,p.8).

Perante esta tentativa de sensibilização os resultados não foram os melhores, atitudes de indiferença, desconhecimento, resistência e cepticismo foi o que obtive de retorno face às minhas palavras. O "feedback" obtido não constituiu uma surpresa pois tendo por base experiências anteriores, sempre que existe uma tentativa de inovação surgem resistências, na

medida em que uma possível alteração das rotinas exige pensamento e pode causar desconforto. Parafraseando TAPPEN (2005, p. 523) “todas as propostas de mudança envolvem algum tipo de questões, à volta das quais as pessoas podem posicionar-se, favorável ou desfavoravelmente.”. Esta foi uma actividade de grande relevo pois despoletou em mim processos de reflexão e introspecção impulsionadores de uma postura activa e crítica acerca desta temática e acerca do papel do enfermeiro especialista como agente de mudança.

Para além das actividades descritas, ainda durante a prestação de cuidados, tive oportunidade de observar algumas práticas menos correctas por parte dos outros colegas. A este respeito, constatei que, em especial nas zonas de atendimento, o manuseamento do material corto-perfurante não era feito do modo mais adequado. Perante esta constatação, proporcionei à equipa alguns momentos de reflexão sobre o assunto mediante uma sensibilização informal e através da divulgação de uma recomendação francesa que funciona como linha orientadora da Unidade Funcional de Saúde Ocupacional, acerca do adequado manuseamento do material corto-perfurante. Apesar desta sensibilização não ter conduzido a grandes alterações, destaco, mais uma vez, o meu papel como agente de mudança, tal como se encontra preconizado no ponto vinte e dois das competências do enfermeiro de cuidados gerais que cita que o enfermeiro “inicia e participa nas discussões acerca da inovação e da mudança na enfermagem e nos cuidados de saúde” (ORDEM DOS ENFERMEIROS 2003, p.19).

Quanto ao segundo objectivo **Prestar cuidados de enfermagem especializados ao cliente de médio/alto risco em situações de urgência/emergência na sala de reanimação/trauma**, este foi operacionalizado nas salas de reanimação e na sala de trauma e a partir da terceira semana de estágio.

O serviço dispõe de duas salas de reanimação com a lotação de uma cama cada e de uma sala de trauma que dispõe de duas camas. Cada sala encontra-se sofisticadamente apetrechada de todos os meios tecnológicos de alta complexidade prontos a dar resposta a todos os tipos de situações. Os clientes que são admitidos na sala de trauma, na maior parte das vezes, são conduzidos pelo INEM e entram directamente na sala onde são imediatamente atendidos. Os que são admitidos na sala de reanimação podem ser provenientes do exterior ou de qualquer outro sector deste serviço.

Após uma observação inicial da dinâmica daqueles espaços, rapidamente entendi que a abordagem do cliente era feita de um modo diferente da que eu dominava, num contexto de enfermaria.

Cuidar numa sala de emergência implica um conjunto de competências que necessitava de desenvolver/aperfeiçoar. Foi com este pensamento, socorrendo-me das minhas características pessoais e do conhecimento prévio, que me integrei na equipa, actuando

sempre em complementaridade com todos os profissionais de saúde presentes. Importante foi a pesquisa bibliográfica que efectuei, a incorporação dos resultados dos estudos científicos que consultei e também os momentos de formação informal, nos quais solicitei esclarecimentos sobre vários assuntos e onde todos os colegas se mostraram totalmente disponíveis.

Neste âmbito, tive a oportunidade de constatar a necessidade da elaboração de diagnósticos precisos e prioritários, bem como de intervenções especializadas imediatas e precisas. A capacidade de identificação das necessidades de cuidados especializados em situação de emergência foi desenvolvida, num crescendo, tendo por base a mesma postura activa, dinâmica e de procura de situações de aprendizagem já presente em contextos anteriores e ocorreu simultaneamente na sala de reanimação e trauma conforme as situações que surgiam.

As situações emergentes mais frequentemente foram: emergências; hipertensivas; edema agudo do pulmão; crises convulsivas; acidentes vasculares cerebrais, hemorragias digestivas altas; acidentes de viação, sobretudo nos idosos; queimaduras; traumatismos da coluna vertebral, craneanos e torácicos, entre outros.

Para a avaliação inicial, na sala de reanimação utilizei a mnemónica “ABC”(vias aéreas, respiração e circulação) com vista a reconhecer de imediato estados com risco de vida e iniciar as medidas adequadas(SEDLACK in SHEEHY 2001,p.125). Na sala de trauma tive a oportunidade de proceder à abordagem inicial do cliente através da nomenclatura “ABCDE”(vias aéreas, respiração, circulação, incapacidade e exposição ao ambiente) e à abordagem secundária na qual se faz a avaliação completa do cliente no sentido de avaliar detalhadamente todas as lesões (ANTUNES 2008, p.10-17). A abordagem do cliente politraumatizado exigiu um maior empenho da minha parte por ser uma área que desconhecia. No entanto, a disponibilidade dos colegas e a realização de uma pesquisa bibliográfica na área foram determinantes para o desenvolvimento de competências especializadas nesta área.

Inserida na equipa e de acordo com o colega responsável pela sala, assumi uma posição activa na prestação de cuidados, o que foi determinante para que entendesse que só uma abordagem sistemática em situações de emergência permite o caminho da qualidade e da excelência do exercício. À luz de TAPPEN (2005,p.60) “planear e organizar cuidados ao doente são responsabilidades de liderança do enfermeiro (...). Fazê-lo, requer avaliações precisas e diagnósticos baseados em conhecimentos adequados.”. Perante a emergência a equipa tem de ter flexibilidade para se adaptar as constantes alterações nas necessidades de cuidados, assumindo-se a liderança da equipa como a pedra angular do sucesso.

Tive, também, a oportunidade, de constatar que neste contexto, e na maior parte das vezes, a colheita de dados não pode ser exaustiva devido à necessidade de uma rápida intervenção e tal como explicita TAYLOR e TAYLOR JR in SHEEHY (2001,p.10) “se bem que dados detalhados e abrangentes sejam úteis no planeamento de cuidados (...) em situações de urgência poder-se-ão processar apenas alguns dados de avaliação para dar início ao processo de cuidados do doente.”. Apesar disso, e sempre com a personalização dos cuidados

em mente e a constante procura da qualidade, várias foram as vezes que me dirigi à sala de espera, procurei os familiares e obtive importante informação complementar. Como refere SEDLACK in SHEEHY, (2001,p.127) que sempre que se possível “ (...) deve-se contactar alguém que possa fornecer os antecedentes da queixa actual.”. A este propósito, recordo uma situação de uma senhora idosa vítima de um acidente de viação que não conseguia fornecer dados de anamnese. Tomei a iniciativa de procurar a família na sala que inicialmente não estava. Insisti e finalmente consegui localizá-la numa das salas de espera tendo, de forma colaborante disponibilizado todos os dados necessários. Ainda não tinha terminado os registos e já tinha os médicos e outros colegas a solicitarem os dados obtidos. Senti o meu trabalho respeitado e acima de tudo útil.

A elaboração de um plano de cuidados personalizado numa situação de emergência implica, tal como noutros contextos, um adequado e consciente processo de tomada de decisão, no qual as decisões complexas e, por vezes difíceis, são uma constante. A minha intervenção a este nível foi uma das actividades de destaque na minha experiência clínica. Apesar deste processo fazer parte do meu quotidiano, neste contexto assumiu uma dimensão única devido à complexidade e instabilidade de cada situação. Segundo o ICN (2005, p.84) o processo de tomada de decisão pode ser definido como:

“ cognição com as características específicas: Disposição para manter ou abandonar acções tendo em conta o julgamento; capacidade de escolher entre duas ou mais alternativas pela identificação da informação relevante, das consequências potenciais de cada alternativa, dos recursos de suporte e das contradições entre desejos, pesando e seleccionando as alternativas; fazendo escolhas que afectam o próprio ou terceiros”.

E foi isso que fiz, tal como planeava no projecto inicial, em duas situações de emergência distintas. Ao reflectir sobre esta actividade, considero-a como um desafio bem sucedido. O relacionamento multidisciplinar foi muito bom e nos dois momentos senti por parte da enfermeira responsável pela sala, respeito pela minha actuação e um grande crédito nas minhas acções. Do meu ponto de vista esta actividade constituiu um importante instrumento de avaliação do meu desempenho e, ao mesmo tempo, constituiu um importante momento de reflexão acerca de algumas questões como os valores éticos e da autonomia da profissão.

Perante a emergência é fundamental a existência de intervenções imediatas e precisas, pelo que a organização da equipa e a sua dinâmica são determinantes para a elaboração de um plano de cuidados personalizado e para o estabelecimento de prioridades. Numa situação de emergência não há tempo para o método de tentativas, pelo que o enfermeiro tem de contar com o pensamento crítico e com as suas habilidades técnicas e humanas para planear a estratégia mais eficaz (TAYLOR e TAYLOR JR in SHEEHY 2001,p.11). Ao longo do meu percurso procurei desenvolver estas habilidades que, aliadas a uma constante observação do estado do cliente, me permitiram reformular o plano sempre que necessário e prevenir complicações, indo de encontro ao que a ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001,p.13) preconiza no seu enunciado descritivo, a Prevenção de Complicações, quando escreve

“ são elementos importantes face à prevenção de complicações ,entre outros: a identificação tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem competência (...) para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis”.

Também para a operacionalização deste objectivo, dei continuidade à actividade já descrita anteriormente, de sensibilização dos colegas para as vantagens da elaboração de registo segundo a CIPE®. Face às reacções obtidas, e não derrotada por elas, reestruturei a estratégia de sensibilização e elaborei alguns exemplos de composição de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem de acordo com o modelo de sete eixos da CIPE® versão 1.0. (ANEXO II). Perante estes exemplos, constatei um maior interesse por parte dos colegas havendo momentos em que a discussão sobre o assunto se alargou a vários elementos da equipa. A seu pedido foram elaborados outros exemplos. Durante estes momentos, tive oportunidade de deixar a mensagem aos colegas que, para que se comunique de forma ideal na enfermagem é necessário o empenho de todos os enfermeiros em todos os contextos e a nível internacional (LEAL 2006,p.124).

A mobilização de competências adquiridas na minha experiência profissional foi, tal como já referi anteriormente, um exercício constante ao longo do ensino clínico. Uma das áreas em que o fiz, quer de forma inerente aos cuidados, quer por solicitação dos colegas, foi ao nível das úlceras de pressão e a sua prevenção. Esta constitui uma área onde os enfermeiros desta unidade carecem de alguns conhecimentos e que é cada vez mais premente e pertinente devido aos traços envelhecidos da população a que dão resposta. Também o Centro Hospitalar está a investir nesta área através de um protocolo assinado com a Ordem dos Enfermeiros, no qual foram criados programas para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e que vai ser extensivo a todos os serviços e, concomitantemente, para dar resposta ao projecto de acreditação do Centro hospitalar.

A existência de úlceras de pressão pode ser assumida como um indicador de maus cuidados de enfermagem. A prevenção é, sem dúvida, a sua melhor abordagem e a identificação do grau de risco de as desenvolver deverá ser uma constante em todos os níveis assistenciais (FERREIRA [et. al.] 2007, p.101). Para tal, surgem as escalas de avaliação de risco que permitem o desenvolvimento de adequados planos de cuidados. Com este objectivo, elegi a Escala de *Braden* (ANEXO III) como o instrumento de avaliação mais adequado por se encontrar validada em Portugal desde 2001 através do Grupo Associativo de Investigação de Feridas e por ser a recomendada pela EPUAP, dado que, até à data é a que apresenta, maior sensibilidade e especificidade. Além de ser a mais validada pela literatura científica é aquela sobre a qual existe uma melhor evidência da sua utilidade (FURTADO [et. al.] 2008,p.8).

Neste sentido, tendo em conta o REPE que no nº 6 do artigo 9º, preconiza que “ os enfermeiros contribuem, no exercício da sua actividade na área de gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem (...)”, e de acordo com a senhora enfermeira orientadora , planeei (ANEXO IV) e elaborei uma sessão de formação, com o título “A Avaliação do Risco de Desenvolvimento de

Úlceras de Pressão Através da Escala de *Braden*” (ANEXO V). Pois, tal como refere HESBEEN (2000, p. 138) “ a formação contínua é a oportunidade de prosseguir e aprofundar o despertar para a maravilha do outro e para as «coisas da vida», bem como estetização e a revelação da beleza e da utilidade dos cuidados de enfermagem”.

A sessão, que foi previamente divulgada (ANEXO VI), decorreu no dia 8 de Junho de 2009 pelas dez horas e, a pedido dos colegas, foi repetida novamente às onze horas para que a maior parte dos presentes no turno da manhã pudesse assistir. Estiveram presentes catorze enfermeiros e todos demonstraram interesse no tema abordado. A sessão estava programada para quarenta minutos mas, quer a primeira quer a segunda apresentação, tiveram maior duração devido à interacção que consegui estabelecer com os colegas. Para além da apresentação teórica, tivemos, ainda, a oportunidade de simular a aplicação prática da escala. O modo como consegui interagir com os colegas foi muito gratificante e motivador e constituiu um incentivo para o passo a seguir, a implementação da escala de *Braden* como instrumento de avaliação do risco de desenvolvimento das úlceras de pressão no Serviço de Urgência, contribuindo, deste modo, para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Esta motivação consolidou-se, ainda mais, quando acedi à avaliação da sessão (ANEXO VII), na qual os colegas a consideraram pertinente, interessante e esclarecedora e, além do mais, sugeriram que fosse repetida posteriormente.

Bastante motivada, mas com algum receio dos colegas não aderissem ao meu projecto, iniciei a aplicação da Escala de *Braden* no turno seguinte. Contrariamente ao que receara, obtive uma grande aceitação por parte dos colegas que tomaram a iniciativa de aplicar a escala e colocaram muitas questões acerca da sua aplicação. Desde esse dia, até ao último turno e sempre que eu estava presente, aplicámos a escala a todos os clientes internados nas salas de observação. Esta actividade foi muito gratificante uma vez que consegui despertar o interesse nos colegas pela temática e levá-los a ter uma postura diferente na abordagem do cliente. Perante o interesse demonstrado por esta temática, e para auxiliar no esclarecimento de algumas dúvidas, deixei no serviço um documento com o mesmo título da sessão de formação e onde estão registados os assuntos nela abordados. (ANEXO VIII)

Seis meses após a minha passagem pelo Serviço de Urgência, foi com muita satisfação que verifiquei a permanência do documento que elaborei na sala de enfermagem passível de ser consultado e que constatei a existência da Escala de *Braden* no aplicativo informático, recentemente introduzido no serviço. De acordo com a senhora enfermeira chefe, existe um colega responsável pela continuidade deste projecto e que, embora não tantas vezes como o desejado, a escala continua a ser aplicada a alguns clientes internados nas salas de observação. Esta constatação conduziu-me a mais um período de reflexão no qual verifiquei que a minha passagem por aquele serviço não trouxe só benefícios pessoais, mas também para aqueles que usufruem do mesmo (profissionais e clientes), e que eu tinha deixado um pequeno contributo para a melhoria dos cuidados. Este contributo assumiu-se como uma mais-valia no desenvolvimento do meu saber especializado em Enfermagem Médico-Cirúrgica e que

pode ser assumido como um contributo para o progresso da profissão, pois permitiu o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem (ORDEM DOS ENFERMEIROS 2007, p.16).

Para além deste meu contributo ao nível dos programas para a melhoria contínua da qualidade, também tive oportunidade de participar noutro projecto já existente no serviço e inserido nos programas anteriormente referidos, o de registo e monitorização de quedas.

O terceiro objectivo **Contribuir para a humanização dos cuidados no serviço de urgência**, foi operacionalizado ao longo de toda a prestação de cuidados.

Com o desenvolvimento tecnológico e o progresso científico a humanização tende a ficar esquecida e o ser humano corre o grave risco de ser reduzido a um objecto. O Serviço de Urgência pelas suas características físicas, pelo elevado número de clientes que a ele recorrem, pelo curto espaço de tempo em que aí permanecem e pela necessidade de uma rápida intervenção pode levar a que sejam preferencialmente atendidas as necessidades físicas em detrimento das psicológicas e que se valorize o modelo biomédico em detrimento do holístico. Entender o outro como um todo deve ser preocupação fundamental do enfermeiro e, em especial, em contextos assistenciais com estas características e que alguns autores intitulam como despersonalizantes.

Foi com este pensamento, tendo por base o artigo 89 ° do Código Deontológico, da humanização dos cuidados, que prescreve que

“o enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de: a) Dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade; b) Contribuir para criar um ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa”

(ORDEM DOS ENFERMEIROS 2009,p.78.) e tendo como referencial teórico a Teoria do Cuidar de JEAN WATSON (2002,p.88) que nos diz que

“a sociedade precisa de profissões que cuidam, e da enfermagem em particular, para ajudar a restaurar a humanidade e alimentar a alma humana numa idade de tecnologia, de carácter científico, de solidão, de rápidas mudanças, e de stress, uma idade sem sabedoria moral ou ética de como servir a Humanidade.”

que procurei pôr em prática algumas actividades de modo a contribuir para humanização dos cuidados.

A humanização dos cuidados inicia-se com o acolhimento e o modo como ele se processa é determinante para o sucesso da relação entre enfermeiro - cliente/família/ pessoa significativa. Para CARDOSO e PINTO (2002,p.12) “o acolhimento é um cuidado facilitador da adaptação ao meio hospitalar”.

Quando se fala de acolhimento tem de se ter sempre em conta a família /pessoa significativa que sofre com a separação do ente querido e que, na maior parte da vezes, acontece de forma abrupta. Incluí-la a este nível promove, sem dúvida, a humanização dos

cuidados. Perante a realidade, tive oportunidade de constatar que o acolhimento é feito de modo diferente consoante a sua gravidade e o local onde o cliente é admitido.

Após questionar os colegas, verifiquei a existência de um guia de acolhimento elaborado recentemente e que dispunha de informações a vários níveis, mas que nunca vi ser utilizado. Ao contrário do que planeava no projecto inicial, não houve necessidade de o reformular, pois encontrava-se muito completo. No entanto, assumindo uma postura activa e, após conversa com a enfermeira chefe de equipa onde me encontrava inserida, passei a facultar à família/pessoa significativa, sempre que possível, o guia de acolhimento. Apesar de possuírem diferentes características e serem múltiplos os contextos em que se encontravam, em todas as situações este gesto contribuiu para a diminuição da ansiedade, angústia até agressividade. As expressões de gratidão que obtive em troca permitiram-me entender que, desta forma, o outro se sente mais acompanhado e que sente que “do outro lado da porta” existe alguém que está preocupado com o seu problema e a sua vivência. Para MELO (2005,p.41) “se os doentes e seus familiares percebem que o técnico de saúde se preocupa com eles e parece compreendê-los, ficam mais satisfeitos e avaliam os cuidados como mais positivos”.

Para a família, uma situação de urgência é sempre angustiante e causadora de grande stress: a ideia de que a presença junto do seu familiar é quase impossível e de que as informações são escassas e pouco frequentes invade o pensamento de qualquer um que se vê neste cenário. Cabe ao enfermeiro, como elemento de destaque da equipa multidisciplinar, alterar esta filosofia, minorando muitas destas barreiras., tal como refere SILVA (2007,p.16)

“ (...) a Enfermagem ,devido ao seu mandato social e à sua natureza específica, pode ,no contexto da equipa de saúde, constituir um recurso mais efectivo(...)do sistema para responder progressivamente de forma mais eficaz às necessidades de saúde das populações”.

Durante o meu percurso neste serviço tive oportunidade e o privilégio de presenciar muitas situações onde a família é assumida como parte integrante do processo de cuidados e a sua presença é cada vez mais frequente e relevante, não obstante as limitações físicas existentes no local. No decorrer do estágio, apenas uma vez tive oportunidade de ouvir uma colega a recusar a presença de um familiar na sala de observações. Perante esta situação, com a qual não concordo, tive a oportunidade de constatar o quanto é importante uma simples palavra ou gesto e o que podem significar para alguém que se encontra fragilizado e a necessitar de ajuda, mas como concluíram SQUASSANTE e ALVIM (2009,p.16) num estudo realizado num hospital público do Brasil “ (...) as relações entre equipas de enfermagem e familiares acompanhantes não são estabelecidas linearmente, nem exercidas da mesma forma em todas as situações e por todos os sujeitos (...)”

Enquanto estudante, interagi com a família em diversas situações, tendo sempre como objectivo a promoção da humanização dos cuidados e de acordo com o preconizado pelo projecto lei nº 503/X de 2009-05-21 (publicado como lei no DR I serie nº 134/X/4 de 2009-07-14 – após o término do estágio) que preconiza o acompanhamento familiar no serviço de urgência como elemento essencial na humanização dos cuidados. Com o intuito de

proporcionar algum conforto psicológico, desenvolvi medidas que lhes permitissem estar mais perto do seu familiar em todos os sectores por onde passei. Possibilitei a presença da família em todos os sectores durante a prestação de cuidados e prestei particular atenção a essa permanência nas salas de reanimação e trauma, locais onde percebi que a família não era tão incluída como seria desejado. Destaco como momento mais gratificante, aquele em que na sala de reanimação disponibilizei uma cadeira à esposa de um senhor ainda jovem para que permanecesse junto dele, de mão dada até que fosse efectuada a sua transferência para outra unidade. Foi com satisfação que vi o seu padrão respiratório melhorar e a sua ansiedade diminuir após a permanência da esposa.

A disponibilização de informação acerca dos diagnósticos de enfermagem foi, também, uma actividade que efectuei, sempre que possível, e que tal como já antecipara, se assume como fulcral no cuidar humanizado. O desconhecimento face à situação em que o seu familiar se encontra, o sentimento de perda e a vulnerabilidade em que se encontram, levam-nos à procura incessante de uma palavra que seja para aliviar o seu sofrimento. Como escreve PHANEUF (2005,p.462) “em luta com a ansiedade gerada pela incerteza, com o stress e o medo da gravidade da doença ou da emergência de uma complicação as famílias têm necessidade do reconforto fornecido por alguém que os escute e os apoie.”

Mas, se muitas vezes, a família assume um papel activo na procura da informação e no processo de tomada de decisão, noutras e pelos mais variados motivos ainda se retrai e deixa que o sofrimento a invada, nessas situações cabe ao enfermeiro o dever de a procurar e foi o que fiz. Algumas vezes, procurei a família nas salas de espera, permiti que verbalizasse as suas dúvidas, receios, dificuldades e expectativas e conduzi-a ao local onde se encontrava o seu familiar, outras ainda contactei-a telefonicamente e solicitei a sua vinda ao hospital. Estes encontros possibilitaram o aperfeiçoamento de técnicas de comunicação, e, sobretudo permitiram a realização de uma adequada colheita de dados que contribuiu para a personalização dos cuidados (como já foi referido anteriormente). A identificação das necessidades daquela família face ao acontecimento e também a transmissão de informação acerca do encaminhamento do cliente e os recursos que na comunidade dispõe foi uma das minhas preocupações, tal como é preconizado na alínea d) do nº 4 do artigo 5º do REPE que prescreve que o enfermeiro deve “encaminhar, orientando para os recursos adequados, em função dos problemas existentes, ou promover a intervenção de outros técnicos de saúde, quando os problemas identificados não possam ser resolvidos só pelo enfermeiro”.

A inclusão da família/pessoa significativa no processo de cuidados é também de destacar. Foi o que fiz ao acompanhar uma jovem que sofreu um acidente de viação e que me pediu para entrar em contacto com a mãe. Quando a senhora chegou, conduzia-a até junto da filha e, com conhecimento da senhora enfermeira chefe de equipa, permiti que permanecesse junto dela até à sua transferência, participando nos cuidados, nomeadamente na satisfação da sua necessidade eliminação. Uma das limitações que encontrei na operacionalização desta actividade foi a estrutura física que dificultou a criação de um ambiente calmo e o respeito pela

privacidade de cada um. Elementos condicionantes são a existência de indivíduos do sexo masculino e feminino na mesma sala e a elevada afluência, nomeadamente nas zonas de atendimento. No entanto procurei, sempre manter a privacidade de cada um recorrendo aos cortinados e aos biombos existentes. Saliento, ainda, a preocupação por parte de toda a equipa multidisciplinar relativamente à exposição física do cliente, que até em situações de maior gravidade foi sempre tomada em consideração.

Perante a humanização dos cuidados, é imprescindível que os enfermeiros façam uma reflexão sobre a sua actuação e, através dela, entendam o quanto é importante a abordagem holística do cliente. Foi isso que tentei transmitir aos colegas através das minhas actividades, pois como refere HESBEEN (2000, p.47) "as enfermeiras e os enfermeiros terão sempre a possibilidade de fazer mais alguma coisa por alguém, de o ajudar, de contribuir para o seu bem-estar, para a sua serenidade, mesmo nas situações mais desesperadas".

Para atingir a excelência dos cuidados torna-se imperativo a criação de um ambiente onde cliente/família/pessoa significativa se possam reconhecer e ser reconhecidas como pessoas, verbalizando todas as suas dúvidas, receios e expectativas, possam expressar as suas necessidades e vê-las satisfeitas de uma forma única e personalizada. Só estando atentos às pequenas coisas da vida poderemos demonstrar a nossa preocupação com o outro, na sua existência (HESBEEN 2000, p.47) e contribuir para a humanização dos cuidados, pois como escreve BERMEJO (2008, p.13) " (...) não é a mesma coisa ser humano e viver humanamente (...)".

1.2 - MÓDULO II - UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

O segundo estágio foi realizado na Unidade de Cuidados intensivos Polivalente I do Centro Hospitalar de Lisboa Zona Central e correspondeu ao módulo II.

A unidade de cuidados intensivos assume um papel preponderante na assistência a clientes em estado grave cuja vida se encontra em risco e que requerem cuidados médicos e de enfermagem de forma contínua.

Para o desenvolvimento deste estágio foram delineados os seguintes objectivos:

- **Prestar cuidados de enfermagem especializados a clientes de médio/alto risco submetidos a ventilação mecânica.**
- **Desenvolver competências ao nível relacional com o cliente de médio/alto risco submetido a ventilação mecânica invasiva.**
- **Aprofundar competências na área da comunicação com a família/pessoa significativa do cliente de médio/alto risco submetido a ventilação mecânica invasiva.**

Assim sendo, os objectivos foram apresentados à enfermeira orientadora que os considerou pertinentes e adequados à realidade, pelo que não houve necessidade de os alterar.

Como primeiro objectivo defini:

Prestar cuidados de enfermagem especializados a clientes de médio/alto risco submetidos a ventilação mecânica invasiva.

Prestar cuidados a este nível não era uma novidade para mim, uma vez que no início do meu percurso profissional desempenhara funções numa unidade de cuidados intensivos ao nível da cirurgia cardíaca. No entanto, devido ao progresso científico, à especificidade da unidade e ao tempo entretanto passado, muitos conhecimentos havia para adquirir e outros para reavivar.

Após um breve período de integração, na qual não apresentei qualquer tipo de dificuldade, iniciei a prestação de cuidados.

A postura atenta e criativa já desenvolvida no ensino clínico precedente, bem como os conhecimentos anteriormente adquiridos permitiram atingir este objectivo sem dificuldade. Determinantes para o seu sucesso foram a constante disponibilidade e a confiança demonstradas pela senhora enfermeira orientadora.

Também a pesquisa bibliográfica que efectuei e a integração de alguns estudos de investigação que consultei e que partilhei com a senhora enfermeira orientadora, foram elementos chave para este processo e, consequentemente, para a qualidade dos cuidados que prestei, pois tal como escreve VIEIRA (2005,p.125) “Com base na investigação os enfermeiros terão pela frente o desafio de obter melhor resultados para os clientes (...)”.

Durante o desempenho, e perante o cliente em estado crítico tive a oportunidade de constatar que o predomínio de situações complexas que frequentemente envolvem risco de vida e a permanente necessidade de cuidados levam a que, por vezes, quer de forma consciente ou inconsciente se dê preferência as actividades técnicas em detrimento das humanas. Consciente desta realidade, tive oportunidade de mais uma vez reflectir na minha postura. Esta reflexão permitiu-me a elaboração de planos de cuidados personalizados, nos quais a técnica estivesse em comunhão com o respeito pelo outro, pela sua dignidade e cultura sem negligenciar os princípios éticos e deontológicos que orientam a profissão e, neste caso a minha prática. Um dos princípios que regeu sempre a minha actuação foi o cuidar enquanto ideal moral da enfermagem onde a máxima preocupação é a dignidade e a preservação da humanidade (WATSON 2002,p.111) e que tal como explicita NEIL *in* TOMEY e ALLIGOOD (2004, p.171)

“ de acordo com Watson , cuidar é um termo de enfermagem que representa os factores que as enfermeiras utilizam para prestar cuidados de saúde aos doentes(...) ao responder aos outros como únicos , a pessoa que cuida entende os sentimentos do outro e reconhece a sua singularidade”.

Ao ser estabelecido um plano de cuidados personalizado é fundamental serem consideradas e bem ponderadas as questões éticas envolvidas e que orientam o processo de tomada de decisão. Na unidade tive oportunidade de presenciar alguns dilemas éticos que foram impulsionadores de uma reflexão introspectiva que me permitiu reafirmar a sua importância no agir em enfermagem, quaisquer que sejam os locais e os contextos de actuação. Para MARTINS *in* NEVES E PACHECO (2004,p.234) “compreender os princípios éticos e zelar para que sejam respeitados é parte integrante do cuidar do outro.”

Inerentes às considerações éticas, surgem naturalmente as questões da humanização dos cuidados. O ser humano enquanto ser bio-psico-social dever ser abordado como tal, mediante estratégias que surgem bem delineadas no código deontológico dos enfermeiros e que concorrem para esta humanização de que se fala.

No decorrer deste percurso procurei ter conhecimento das necessidades individuais de cada um através da avaliação inicial, onde procedi a uma adequada e completa colheita de dados na qual recorri ao processo individual de cada cliente, aos outros colegas e elementos da equipa e à família/pessoa significativa que procurei que tivesse um papel activo no planeamento dos cuidados e no processo de tomada de decisão, não esquecendo que no meio dos aparelhos de monitorização e das técnicas complexas é necessário ir buscar o humano que ali se encontra, não apenas um indivíduo que necessita de permanente monitorização das suas funções vitais, mas um ser humano singular, que envolvendo toda a sua totalidade existencial, o faz experimentar a insegurança do poder ser saudável, enfrentando a doença e o risco da morte (CORRÊA citada por URIZZI [et. al.] 2008, p.373).

Relativamente à aprendizagem de técnicas e ao manuseamento de equipamento diferenciado, não posso deixar de referir o quanto foi importante este estágio no desenvolvimento de competências na área da ventilação mecânica invasiva. O contexto foi facilitador de uma procura e aprofundamento de conhecimentos, bem como veiculativo de situações práticas referentes a modalidades ventilatórias e as suas indicações, parâmetros a considerar no ventilador, significado dos alarmes e respectiva actuação, entre outros. Este contexto rico em experiências, aliado a uma postura crítica e flexível aperfeiçoada no anterior estágio e que sempre me definiu profissionalmente, deram lugar à aquisição de vasto leque de competências no âmbito do cliente ventilado.

Uma contínua avaliação e a manutenção de uma postura atenta e activa na prestação de cuidados que já tinha tido oportunidade de iniciar no anterior estágio aliadas às competências que fui desenvolvendo à medida que ia evoluindo o processo de aprendizagem permitiram-me em algumas situações antecipar complicações indo mais uma vez ao encontro do pressuposto

emanado pela Ordem dos Enfermeiros, já anteriormente descrito relativo à prevenção de complicações.

Também neste contexto analisei a pertinência da elaboração de registos tendo por base uma linguagem uniformizada, clara e prática. Deste modo, replicando o trabalho realizado no anterior estágio e, uma vez que os registos são elaborados à semelhança dos do Serviço de Urgência, de forma narrativa, consciente de todos os problemas de comunicação que esse tipo de registo pode acarretar, e mais uma vez tendo por base os Padrões de Qualidade emanados pela Ordem dos Enfermeiros já anteriormente referidos, abordei a senhora enfermeira orientadora acerca do tipo de registos efectuados na unidade, as suas vantagens e desvantagens e ainda acerca de outras estruturas de registo alternativas que pudessem conduzir a uma melhoria da qualidade dos cuidados. Após a apresentação da CIPE® e das suas vantagens e desvantagens, obtive por parte da senhora enfermeira orientadora muito interesse, tendo a mesmo concordado com a necessidade de sensibilização dos colegas acerca desta linguagem e sugerido que essa sensibilização fosse feita através de uma sessão de formação sobre o tema. Tendo em conta que, tal como refere a alínea n) do artigo 9º do Decreto-lei nº 248/2009 de 2009-09-22, o enfermeiro especialista tem a responsabilidade “de desenvolver e colaborar na formação realizada na respectiva organização interna” e que, como escreve CARVALHAL (2003,p.3)”, (...) a formação em enfermagem deve constituir um instrumento de mudança para o futuro, proporcionando capacidade de inovação e criatividade, numa dupla dimensão, humanista e técnica (...)”, planeei (ANEXO IX) e elaborei uma sessão de formação intitulada “CIPE® – Uma Sensibilização” (ANEXO X) e que teve lugar no dia 5 de Novembro de 2009. A sessão que foi divulgada previamente (ANEXO XI) tinha a duração prevista de trinta e cinco minutos, mas devido à interacção estabelecida com o grupo este tempo estendeu-se por mais cerca de quinze minutos devido à troca de experiências entre os assistentes e à discussão dos diferentes pontos de vista. Estiveram presentes nove enfermeiros. Na avaliação da formação (ANEXO XII), os colegas, entre outros aspectos, consideraram a abordagem desta temática útil para o desenvolvimento pessoal, mas não deram relevo ao seu contributo para a melhoria do desempenho profissional, indo de encontro à perspectiva de LEAL que, citando vários autores, diz que embora em Portugal o número de intervenções de enfermagem e o uso de planos de cuidados tenha aumentado nos hospitais que implementaram a CIPE®, muitas enfermeiras ainda sentem que o sistema não reflecte a sua prática (LEAL 2006, p.132).

Em cuidados intensivos, a dor constitui um importante problema e a sua avaliação é prioritária (URDEN [et. al.] 2008,p.125). Cabe aos enfermeiros assumir essa avaliação como elemento essencial na sua prática, pois tal como afirma BELLINGER Cit.por URDEN [et.al.] (2008,p.125). “Como as enfermeiras estão continuamente à cabeceira do doente, elas desempenham um papel determinante na avaliação e gestão da dor.”. Além disso, essa avaliação constitui uma parte importante da qualidade dos cuidados prestados ao cliente em estado crítico (FERREL Cit.por URDEN [et. al.] 2008,p.125).

Neste sentido, constitui como alvo da minha intervenção a dor que os clientes experimentam numa unidade de cuidados intensivos e o modo como se processa a sua avaliação. A dor pode caracterizar-se como um fenómeno fisiológico de particular importância para a integridade física do indivíduo causador de sofrimento e de diminuição da qualidade de vida. O seu controlo deve ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde e assume-se como um factor determinante para a humanização dos cuidados (DGS 2008,p.1).

Deste modo, a Direcção Geral de Saúde através da circular normativa nº 09/DGCG de 2003-6-14 instituiu a dor como o 5º Sinal Vital e determinou que a sua avaliação fosse extensiva a todas as instituições de saúde e de forma sistemática. Preconizou, ainda, o uso de escalas de mensuração de intensidade da dor e também a criação de um espaço próprio na folha de registo de sinais vitais para o registo da sua intensidade.

Detentora destes conhecimentos ao iniciar a prestação de cuidados na unidade, procurei entender de que forma estava a ser feita a avaliação da dor, quais os instrumentos de avaliação utilizados e de que modo eram feitos os registos. Como resposta a estas interrogações, foi-me explicado pela senhora enfermeira orientadora que a avaliação era feita de forma empírica não se encontrando em utilização nenhum instrumento de avaliação. Obtive também a informação que existia um grupo de trabalho relativo a essa temática, que surgira como resposta ao desafio lançado pelo grupo dinamizador dos Padrões de Qualidade do Centro Hospitalar e ao projecto de acreditação do hospital mas que, até ao momento, não tinha desenvolvido nenhuma actividade nesse sentido.

Confrontada com este tipo de avaliação e tendo em conta a recomendação da ORDEM DOS ENFERMEIROS (2008,p.16) de que “a dor deve ser avaliada de forma regular e sistemática, desde o primeiro contacto, pelo menos uma vez por turno e/ou de acordo com os protocolos instituídos”, relembrei aos colegas que a dor era considerada o 5º sinal vital e para isso teria de ser valorizada. A este propósito RITTO (2005,p.6) afirma

“o objectivo da valorização de qualquer sinal vital é a avaliação e registo desses sinais, tornando-os visíveis de modo a poder instituir ou não, medidas adicionais de apoio. O mesmo se verifica em relação à dor: se não se medir a sua intensidade e não se proceder ao seu registo sistemático, não é possível desenvolver intervenções que previnam o aparecimento ou reduzam a intensidade da dor (...).”

Acompanhando esta linha de pensamento os colegas mostraram-se receptivos e dispostos a melhorar a qualidade do seu desempenho.

Paralelamente, dei continuidade à pesquisa bibliográfica anteriormente iniciada e, tendo em conta que a minha prestação se centrava nos clientes submetidos a ventilação mecânica invasiva selecionei uma escala de heteroavaliação da dor, a Escala Comportamental de avaliação da Dor: *Behavioral Pain Scale* (BPS) (ANEXOIII). Este é um instrumento de avaliação indicado para clientes ventilados, alvo de vários estudos de investigação que a validaram e confirmaram a sua indicação e especificidade, entre eles, (PAYEN 2001,AISSAOUI [et. al.] 2005, FERREIRA [et. al.] 2007) e em processo de validação em Portugal.

Apresentei o instrumento de avaliação e respectivos estudos que a envolviam às senhoras enfermeiras chefe do serviço e orientadora e, por sugestão da senhora enfermeira orientadora contactei o enfermeiro responsável pelo grupo dinamizador dos Padrões de Qualidade no Hospital de São José que confirmou a necessidade da reestruturação da forma de avaliação da dor na unidade, bem como a aprovação da utilização daquele instrumento no Centro Hospitalar. Fez referência, ainda, à sua utilização noutro hospital do Centro hospitalar. Nesta reunião estiveram também presentes a senhora enfermeira orientadora e um colega que integra o grupo de trabalho sobre a dor. Posteriormente, tive oportunidade de contactar com a colega responsável pela implementação desta escala na unidade de cirurgia cardíaca do hospital de Santa Marta que referiu que a escala se adaptava muito bem ao contexto da unidade e que se tinha verificado uma melhoria dos cuidados, da qualidade de vida e da satisfação dos clientes naquela unidade.

Comunicadas estas informações à senhora enfermeira orientadora foi-me permitido que, experimentalmente, aplicasse a escala aos clientes submetidos a ventilação mecânica invasiva. Antes da sua aplicação, considerei pertinente a realização de formação aos colegas. Por não ter sido aceite por parte da senhora enfermeira chefe um momento de formação formal, elaborei, em alternativa, uma pasta que continha a escala e os estudos de validação e de justificação da sua pertinência em clientes ventilados Com o objectivo de alertar os colegas para a importância da avaliação sistemática da dor e de lhes dar a conhecer a escala, facultei um exemplar a cada um dos enfermeiros da unidade. As reacções que obtive foram as melhores e a maioria dos colegas debateu o assunto comigo posteriormente, evidenciando interesse. Paralelamente elaborei três exemplares da escala em papel plastificado e coloquei uma em cada sala da unidade. Na folha de registos foi atribuída uma coluna para o sinal vital dor.

Reunidas as condições, foi implementada a escala e foi com muito agrado que, poucos dias depois, verifiquei que, para além dos registos elaborados por mim, quando me encontrava na unidade, o seu registo era cumprido pelos outros colegas, na maioria dos clientes submetidos a ventilação mecânica invasiva pelo menos uma vez em cada turno. Esta preocupação, de avaliação sistemática da dor, manteve-se até ao final do ensino clínico e como tive oportunidade de constatar, foi aumentando o número de clientes em que ela se verificava. Perante estes gratificantes resultados não posso deixar de referir a minha satisfação pessoal, que tive oportunidade de partilhar com os colegas. Estes momentos de partilha serviram também para os alertar para a importância do registo de medidas não farmacológicas para o alívio da dor, que também foram consideradas em conjunto com os colegas do grupo de trabalho. Neste sentido foi elaborado um documento que ficou em apreciação (ANEXO XIV). Também para ajudar no esclarecimento de dúvidas sobre esta temática, deixei na unidade, em suporte informático, um documento que continha vários artigos passíveis de serem consultados e cuja folha inicial foi por mim elaborada (ANEXO XV).

Três meses depois a escala de avaliação comportamental BPS foi a adoptada para a unidade. A ela foi adicionada a escala de autoavaliação, uma vez que os clientes desta unidade também permitem este tipo de avaliação, e foi, também, elaborada pelo grupo de trabalho uma norma que se encontra em apreciação pelo conselho de administração.

Como futura enfermeira especialista, não posso ficar indiferente a todo este processo. Congratulo-me pela minha intervenção e pelos resultados com ela obtidos. Considero que tive um papel de destaque como agente de mudança, conseguindo despertar a capacidade crítica e reflexiva dos colegas o que lhes permitiu realizar uma avaliação da sua prestação e tomar o caminho da excelência do exercício passando a avaliar a dor de forma sistemática e, tal como referem FERREIRA [et. al.] (2005,p.28),

“reconhecer empiricamente que o doente crítico padece de dor, por si só, não contribui para o seu tratamento, pelo que é imperativo efectuar uma avaliação criteriosa e cuidada, através da aplicação de escalas por forma a permitir uma comunicação mais eficiente entre os profissionais e contribuir para um tratamento eficaz ,bem como para a melhoria da qualidade de vida”.

Para além de todas as actividades descritas, ainda tive a possibilidade de participar noutros programas de melhoria da qualidade dos cuidados. Neste âmbito, durante a minha permanência na unidade, tive oportunidade de ajudar na elaboração de um guia de acolhimento inexistente até à altura. Responsável pela sua elaboração encontrava-se um grupo de trabalho do qual fazia parte a minha orientadora e que, por várias vezes, solicitou a minha opinião acerca de um ou outro conteúdo. Finda a sua elaboração tive o privilégio de o aplicar em primeira instância e utilizá-lo na promoção de um adequado acolhimento à família/pessoa/significativa.

O segundo objectivo que delineei para este módulo foi:

Desenvolver competências ao nível relacional com o cliente de médio/alto risco submetido a ventilação mecânica invasiva.

A comunicação, como é do conhecimento geral, assume-se como a pedra angular da enfermagem e para PHANEUF (2005,p.23) pode ser entendida como “um processo de criação e recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas.”No desempenho das suas funções o enfermeiro socorre-se das suas competências em comunicação para efectivar o relacionamento com os clientes e as suas famílias/pessoas significativas (STEFANELLI e CARVALHO 2005,p.3).

Perante uma situação de doença aguda, o indivíduo experiencia dificuldades na comunicação às quais o enfermeiro deve estar atento. Não comunicar é impossível, mas comunicar com clientes submetidos a ventilação mecânica invasiva nem sempre é fácil. Desenvolver competências a este nível assume-se como um desafio que todos devem encarar

a fim de atingir a excelência do exercício. Explorar e utilizar as diferentes formas de comunicação foi o caminho pelo qual eu enveredei e através do qual obtive alguns resultados gratificantes.

Em todos os momentos de interação, procurei ter em atenção o ambiente em que ela acontecia. Tendo em conta que o ambiente é determinante para a qualidade da comunicação, tive a preocupação de criar um ambiente calmo e seguro. Nem sempre foi fácil. Gestos como adequar a luminosidade, a temperatura do ar condicionado, puxar o cortinado assegurando a privacidade, tentar controlar o ruído existente na sala ou estar atenta a sinais de desconforto físico ou psicológico, foram os que adoptei na maior parte das vezes e que ajudaram a criar uma atmosfera de confiança e segurança.

Durante a permanência na unidade, tive a oportunidade de cuidar de indivíduos com diferentes estados de consciência. Em cada situação avalei a sua capacidade de comunicação e em todas as situações comuniquei verbalmente com o cliente. Chamei-o pelo seu nome, expliquei-lhe sempre todos os procedimentos, informei-o do dia, da hora, do local onde se encontrava, na tentativa de orientar para a realidade do momento. Muitas vezes senti que era a única na sala que o fazia, evidenciando que, por vezes, tal como concluíram ALASAD e AHMAD (2005, p.359) no seu estudo de investigação na Jordânia “a comunicação é vista como uma boa prática de enfermagem e como uma parte essencial com doentes em estado crítico, mas muitos enfermeiros facilmente a esquecem”. Hoje, congratulo-me com a minha postura através da qual procurei incessantemente o bem-estar de quem cuidava. Como refere o mesmo autor (2005, p.361) na conclusão do seu estudo

“a comunicação com pacientes sedados ou inconscientes em unidades de cuidados intensivos não deve ser visto como um processo interactivo, mas sim como um meio de fornecer o apoio e a informação que tais pacientes necessitem”.

Outra forma de comunicação que explorei foi a não verbal que, como refere PHANEUF (2005,p.68) “é uma troca sem palavras”, é uma possibilidade importante para o enfermeiro responder às necessidades do cliente. Dentro dessas necessidades é preciso não esquecer as culturais e espirituais. Por vezes, as reacções que obtemos por parte do cliente não são as esperadas e isso acontece porque é proveniente de uma cultura diferente da dominante no local dos cuidados (PHANEUF 2005,p.68). Uma adequada colheita de dados junto do processo, outros profissionais e família/pessoa significativa pode ser o caminho para evitar conflitos desta natureza.

Perante esta forma de comunicação é necessário estar atenta a diversos aspectos. Em primeiro lugar, o enfermeiro tem de estar atento a si e ao seu comportamento não verbal. Com o objectivo de minimizar ao máximo possíveis barreiras e demonstrar uma congruência entre comunicação verbal e não verbal, prestei particular atenção à minha postura corporal, às minhas expressões faciais, aos movimentos, ao modo como olhava para o cliente, ao sítio onde me localizava para o abordar e até ao silêncio. É claro que este não foi um processo perfeito. Muitas vezes senti receio de não conseguir descodificar o que o cliente me estava a transmitir e de não conseguir dar a resposta adequada ao seu sofrimento e isso reflectiu-se na

minha comunicação não verbal. Mas este foi um processo crescente que me fez ter consciência do quanto é importante estar atento a estes aspectos quando se estabelece ou tenta estabelecer uma relação terapêutica, pois quanto maior for a consciência que temos de nós e da forma como nos estamos a expressar maior será a habilidade de comunicar com os outros (SILVA *in* STEFANELLI e CARVALHO, 2005p.55).

Outro aspecto a ter em consideração, são as alternativas possíveis para que o cliente, em estado crítico, impossibilitado de falar, com sentimentos de angústia, medo e frustração se possa fazer entender. Neste âmbito tive oportunidade de explorar algumas formas de comunicação e de recorrer a estratégias e auxiliares da mesma.

A unidade encontrava-se dotada de alguns instrumentos auxiliares como quadros mágicos, um comunicador por teclas e vários cartões com figuras que me foram apresentados e postos à disposição pela senhora enfermeira orientadora. Para atingir o meu objectivo utilizei:

- A linguagem corporal, recorrendo a sinais e gestos dos olhos, da cabeça, das mãos cujo significado foi previamente combinado com o cliente e que se mostrou, na maioria da vezes, efectiva. A escolha dos gestos mais adequados teve a ver com as características pessoais e estado o clínico de cada cliente. O significado destes gestos e sinais foram transmitidos aos outros elementos da equipa e aos seus conviventes;
- A visualização de figuras que faziam referência a algumas necessidades que o cliente pudesse querer ver satisfeitas;
- A linguagem escrita através de um quadro mágico. Esta forma de comunicar assumiu alguma expressão na minha prestação de cuidados, no entanto, para que ela seja eficaz é necessário alguma estimulação e perseverança por parte do enfermeiro pois exige alguma concentração por parte do cliente.

Outra forma de comunicação que explorei foi o toque. Para PHANEUF (2005, p.45) "o tocar é um comportamento não verbal de significado muito potente (...) que transmite por vezes mais o sentido das nossas mensagens que as próprias palavras". O acto de tocar é inevitável para o enfermeiro. Qualquer que seja o procedimento que se execute é praticamente impossível não o fazer. No entanto, esse acto pode ser feito de diversos modos e com várias intencionalidades. Esta forma de comunicação teve particular importância na minha prestação e suscitou em mim importantes momentos de reflexão que deram um forte contributo ao desenvolvimento de competências relacionais com o cliente conectado a prótese ventilatória. Este processo de reflexão permitiu-me entender as diferenças e os efeitos dos diferentes tipos de toque, bem como os benefícios que são possíveis de obter com a sua utilização. Com a intenção de transmitir conforto, apoio, interesse e compreensão, tive oportunidade de utilizar o toque afectivo em vários momentos, perante procedimentos agressivos, onde o toque ajudou a suportar melhor a dor, como modo de comunicação global durante as minhas intervenções evidenciando uma perspectiva holística do cliente ou como forma de transmitir ideias e emoções (ROXO 2008, p.88). Em todos esses momentos foram evidentes os benefícios. A

este propósito, recordo uma senhora com quem obtive resultados notórios com este tipo de comunicação. Sempre que utilizava o toque, a senhora ficava mais calma, diminuindo a frequência cardíaca e respiratória, esboçando num dos dias um agradável e gratificante sorriso. Completando esta ideia MC CORKLE Apud DELL´ACQUA,[et. al.] (1998, p.18) Cita que

“(...)é mais frequente encontrar expressões faciais positivas(que demonstrem alegria, satisfação ,calma) em pacientes gravemente enfermos e tocados afectivamente pelo pessoal da enfermagem, do que em pacientes só tocados em momentos «técnicos», quando ocorre execução de algum procedimento.”

A consciencialização destas formas de comunicação e a sua utilização permitiram a elaboração de um plano de cuidados personalizado a cada situação, utilizando a forma de comunicar mais adaptada a cada caso, respeitando a situação singular de cada um e a sua dignidade. Para que isso acontecesse, foram determinantes o pensamento crítico, a flexibilidade, a criatividade e a inclusão do cliente e da sua família/pessoa significativa no processo de tomada de decisão. A contínua avaliação dos resultados característica dos cuidados intensivos permitiu a reformulação do plano sempre que necessário.

Outra das minhas preocupações foi a realização de registos que, como afirma HESBEEN (2001,p.142), são “o reflexo de uma determinada filosofia, de uma certa representação de cuidados”. Neles procurei descrever todos os elementos essenciais que permitissem a continuidade dos cuidados e que, ao mesmo tempo, evidenciassem estas actividades, as autónomas, que se encontram contempladas no nº2 do artigo 9º do REPE e, através das quais a enfermagem obtém visibilidade e pode afirmar a sua autonomia. Mais uma vez senti que esta era uma preocupação quase singular entre os elementos da equipa, uma vez que raras foram as vezes que li nos registos dos outros colegas algo que evidenciasse este tipo de cuidados praticados diariamente na unidade, o que confirma o pensamento de HESBEEN (2001,p.144) quando afirma que “ se bem que os actos realizados estejam quase todos registados, tudo aquilo que depende intimamente do cuidar, do encontro e do acompanhamento fica por dizer, como se não existisse”. Ao elaborar este tipo de registos, que tive oportunidade de partilhar e discutir com a senhora enfermeira orientadora e com os outros colegas, fico com a esperança que estes sejam impulsionadores de processos de reflexão que conduzam à mudança.

Perante estas actividades que acabo de descrever, não se revelou difícil de reforçar a ideia anteriormente adquirida de que a comunicação é uma competência fundamental na enfermagem e cujo desenvolvimento é crucial. Desenvolver competências relacionais com o cliente médio/alto risco submetido a ventilação mecânica invasiva foi de particular importância pois implicou uma reflexão através da qual eu entendi que só adoptando uma postura de criatividade e flexibilidade é possível ajudar o outro, alvo dos nossos cuidados, a caminhar no sentido da sua autonomia.

Após esta experiência não me resta qualquer dúvida de que, como afirma POTTER e PERRY (2006,p.147) “uma boa comunicação melhora a qualidade das relações interpessoais e

o bem-estar do utente; este é um aspecto muito importante da visão holística da saúde.” Também PEPLAU Apud PHANEUF(2005,p.13) reforça a minha ideia quando escreve que

“a comunicação e a relação de ajuda não são somente uma escolha da enfermeira, elas constituem uma dimensão «sine qua non» da qualidade dos cuidados. As regras da técnica não podem só por elas levar-nos à compreensão dos seres humanos, das suas motivações, das suas estratégias de ajustamento à saúde e à doença (...). Só os factores «caritativos», no seio dos quais figuram em bom lugar a comunicação e a relação de ajuda, são susceptíveis de inspirar um verdadeiro processo cuidativo de enfermagem.”

Como terceiro objectivo defini:

Aprofundar competências na área da comunicação com a família/pessoa significativa do cliente de médio/alto risco submetido a ventilação mecânica invasiva.

A família vista por VIEIRA (2005,p.82) quando cita o ICN” (...) é o grupo natural onde se inserem os seres humanos e constitui-se por todas as pessoas significativas”.Assim sendo, e para a mesma autora (2005,p.83) ” (...)”quer os processos familiares, promotores de uma vida saudável ou alterada por diferentes eventos, quer os cuidadores familiares na dupla perspectiva de parceiros ou clientes merecem a atenção dos enfermeiros(...)”.Foi nesta perspectiva que inclui no meu projecto de estágio a interacção com a família com vista a aprofundar competências na área da comunicação com a família / pessoa significativa.

O internamento de um familiar numa unidade de cuidados intensivos é algo inesperado e agressivo. À semelhança do Serviço de Urgência, este acontecimento é gerador de ansiedade e sofrimento, provocando uma quebra das rotinas, pelo que acolher a família constitui um desafio que todos devem aceitar mas que nem sempre é fácil, dado que implica um esforço acrescido por parte do enfermeiro. Ao longo da minha permanência na unidade, tive oportunidade de presenciar alguns momentos em que esse esforço era renegado para segundo plano e a família/pessoa significativa apesar de permanecer junto do seu ente querido durante a hora da visita pré estabelecida pela instituição era vista como um estranho.

Consciente que a família/pessoa significativa assume um lugar de destaque na recuperação do indivíduo doente, assumi uma postura activa e em todas situações possíveis inclui a família no processo de cuidados, de modo a obter a satisfação e o bem-estar de ambas as partes, indo de encontro ao que nos lembram os padrões de qualidade emanados pela ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001,p.11 -12) que no seu enunciado descritivo a Satisfação dos Clientes refere que” na procura da excelência no exercício profissional, o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes ao envolver os conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados”.

O envolvimento dos conviventes pode e deve ser feito desde a admissão do cliente. O adequado acolhimento da família numa situação de crise assume-se como um elemento facilitador da adaptação à situação que está a ser vivenciada. Proporcionar um acolhimento

eficaz, como tive oportunidade de verificar, conduz ao estabelecimento de uma relação de confiança com benefícios mútuos. Apesar das condições físicas existentes, que nem sempre tornaram possível a criação de um ambiente calmo e acolhedor, e ao demonstrar a minha disponibilidade e respeito por aquela situação singular, consegui com facilidade transmitir alguma informação inicial e a família/pessoa significativa teve oportunidade de fornecer informações, por vezes, muito pertinentes e determinantes para o cuidar personalizado, ao mesmo tempo que exprimia as suas dúvidas, medos, angústias e emoções.

Elemento chave na promoção de um adequado acolhimento da família/pessoa significativa foi o guia de acolhimento elaborado durante a minha permanência na unidade e que eu utilizei para dar início a uma relação de ajuda que pode ser definida, tal como escreve PHANEUF (2005,p.324) como "uma troca tanto verbal como não verbal que ultrapassa a superficialidade e que favorece a criação de um clima de compreensão e fornecimento do apoio de que a pessoa tem necessidade no decurso de uma prova. Esta relação permite à pessoa compreender melhor a situação, aceitá-la melhor e, (...) demonstrar coragem diante a adversidade (...)".

A criação de um adequado acolhimento possibilitou-me o desenvolvimento de competências na área de comunicação com a família/pessoa significativa, uma vez que constituiu um momento muito rico em processos comunicacionais. No entanto, nem todos o efectuam do mesmo modo. Do meu ponto de vista, é fundamental que os enfermeiros invistam nesta área de modo a que o outro se sinta verdadeiramente acolhido. Para CARDOSO e PINTO (2002, p.14) "torna-se fundamental que os enfermeiros desenvolvam conhecimentos e capacidades nas áreas da comunicação e relação de ajuda, de forma a ficarem peritos no acolhimento de doentes".

Durante o internamento do seu ente querido, a família/pessoa significativa apresenta necessidades de várias ordens. Num estudo realizado em São Paulo entre Novembro de 2004 e Fevereiro de 2005, FREITAS [et. al.] concluíram que as necessidades de informação de segurança e proximidade são as mais importantes para os familiares dos clientes em estado crítico. (FREITAS [et. al.] 2007,p.9). Também ARTINI *in* HANSON faz referência a essas necessidades e acrescenta que estas são semelhantes para todas as famílias independentemente da idade, género, relação com o cliente e diagnóstico deste. (ARTINI *in* HANSON 2005,p.300).

Na tentativa de responder a estas necessidades, mostrei-me disponível tomando muitas vezes a iniciativa para estabelecer o diálogo. Uma "simples" frase como: "posso ajudar?" ou uma saudação inicial despertaram no outro um sentimento de segurança, amparo e de valorização. Neste contexto procurei criar um ambiente o mais calmo e acolhedor possível: Sair para uma sala ao lado ou para uma parte menos movimentada do corredor, foi tudo o que consegui para evitar que os ruídos dos equipamentos e o movimento das pessoas não condicionassem o processo. Na maior parte da vezes, deparei-me com rostos ansiosos e angustiados nos quais eram evidentes algumas lágrimas. Procurei saber o que já conheciam

da situação e também o que queriam saber. Tendo em conta a cultura onde estavam inseridos, na medida em que o cuidar culturalmente congruente é o que satisfaz os clientes. (WELCH *in* TOMEY e ALLIGOOD 2004,p.570) e ciente da alínea a) do artigo 84º do código deontológico, que prescreve que “no respeito pelo direito à autodeterminação, o enfermeiro assume o dever de informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem;” (ORDEM DOS ENFERMEIROS 2009,p.75), dei informação sobre os diagnósticos de enfermagem, a evolução do cliente, as hipóteses de recuperação, os locais de destino após a estadia na unidade e também acerca dos recursos da comunidade após a alta. Esta informação foi facultada de forma faseada e, na maior parte das vezes, em mais do que um dia. Hoje não tenho dúvidas que, ao proporcioná-la às famílias/pessoas significativas, estas puderam, com maior facilidade, encontrar as suas estratégias para resolução do problema e tomar as suas decisões de forma consciente.

Durante a visita acompanhei os familiares, permitindo que expusessem as suas dúvidas. Estimulei-os para interagirem com o cliente, falando com ele e evidenciando manifestações de afecto. A este propósito PHANEUF (2005,p.399) ” diz que o enfermeiro deve sugerir-lhes (...), se a situação o permitir, que se aproximem e lhe tomem a mão, que lhe mostrem a sua afeição. O amor liga muito fortemente à vida.” De acordo com a senhora enfermeira orientadora, mostrei uma postura de flexibilidade em relação ao horário e número de visitas. Apesar de algumas vezes ter ouvido que “agora não é hora da visita” ou “só pode entrar uma pessoa de cada vez” insisti e senti as minhas decisões respeitadas. Fico com a esperança que, através dos benefícios evidentes resultantes da minha postura, os colegas tenham desencadeado um processo de gradual reflexão e que, ainda de um modo lento, num futuro próximo, seja notória a inovação, uma vez que, como concluíram algumas investigações a interacção cliente/família/pessoa significativa não altera mais a estabilidade hemodinâmica do que a interacção enfermeiro/cliente. (ARTINIAN *in* HANSON 2005,p.303).

Mas a minha intervenção junto da família /pessoa significativa não se limitou ao nível da disponibilização de informação e como diz PHANEUF (2005,p.463) ”a enfermeira deve de ir mais longe do que simplesmente informar os próximos. Ela deve também, em certos casos, dispensar-lhes uma verdadeira formação a fim de preparar um ajudante natural ou quaisquer próximos para substituírem na prestação de cuidados”. À medida que fui estabelecendo a minha interacção com a família, fui identificando as necessidades de formação e facultando os ensinamentos necessários. Para os concretizar, adoptei a forma expositiva e, por vezes fi-los, enquanto prestava cuidados. A sua avaliação destes ensinamentos baseou-se na verbalização da informação.

A integração e a colaboração da família no cuidar deve ser uma preocupação contínua da equipa de enfermagem. Desenvolver medidas que permitam a aproximação entre as duas partes constitui um esforço que o profissional deverá ter em mente de modo a que o sofrimento seja minimizado, ajudando-o a desenvolver estratégias que lhes permitam ultrapassar a crise instalada. Foi o que eu fiz quando envolvi a mãe de um cliente na prestação de cuidados. Após

lhe ter ministrado formação sobre o contexto da situação e os cuidados a ter, a senhora passou a vir alimentar o seu filho, sempre que possível à hora de almoço. Este foi um processo gratificante, onde foi evidente a satisfação do cliente, da família e minha também. DAVIDHIZAR E REXROTH Cit.por POTTER E PERRY (2006,p.147) lembra-nos que

“uma tal colaboração proporciona apoio à família e ao utente, aumenta a compreensão do prestador de cuidados e do enfermeiro ,incrementa o cumprimento ,reforça o ensino(...).Fomenta a comunicação entre os membros da família, e facilita as relações positivas entre família e utente”.

A transmissão de más notícias foi outra área onde me propus desenvolver habilidades. Esta área nem sempre é de fácil abordagem. Na unidade é actividade, preferencialmente, médica mas, no entanto, por vezes pode ser desempenhada também pelos enfermeiros que, por serem os elementos que mais tempo passam junto do cliente, assumem um importante papel na preparação e suporte das pessoas que as recebem (CHAUHAN e LONG, 2000,p.932). Durante o meu desempenho, e perante uma situação em concreto de um familiar directo que não contactava com o cliente há alguns anos e que teve conhecimento que o senhor se encontrava internado, era necessário transmitir a gravidade da situação em que se encontrava, talvez até irreversível. De acordo com a senhora enfermeira orientadora coube-me o desempenho dessa actividade.

Após um primeiro contacto telefónico no qual lhe solicitei que viesse à unidade, recebi o familiar e procedi ao acolhimento seguindo os princípios anteriormente referidos. Ciente que não existe uma norma para transmitir más notícias, pois cada pessoa possui a suas características e especificidades (PEREIRA 2004,p.35) e tendo em conta os princípios éticos que orientam a prática de enfermagem e que já referi, tentei adaptar a minha actuação aquela situação singular.

O encontro teve lugar numa sala junto à unidade, na qual nos sentámos os dois lado a lado. Numa primeira abordagem, demonstrei toda a minha disponibilidade e, numa tentativa de aliviar a angústia que era visível no seu rosto, peguei-lhe na mão e tentei perceber o que já sabia da situação. Ao longo da conversa, a informação foi dada de forma a que o outro a entendesse, gradualmente, e tendo em conta aquilo que queria saber. Várias foram as vezes que foram exteriorizados sentimentos e outras em que ficámos em silêncio. Por fim tentei avaliar as expectativas e garanti a minha disponibilidade para outro encontro caso achasse necessário. Durante este encontro tive em conta as seis etapas preconizadas por BUCKMAN (1994) para a transmissão de más notícias. Durante e após esta experiência foi possível reconhecer alguns constrangimentos que tive oportunidade de partilhar com a senhora enfermeira orientadora e com outros colegas. Apesar de ter tido algum sucesso nesta experiência, tenho consciência que embora tenha desenvolvido algumas habilidades esta é uma área na qual terei de continuar a investir.

Assim, de modo global, considero que privilegiei particularmente este objectivo na minha prestação de cuidados, dado que, só quando a Enfermagem Médico-Cirúrgica incluir a família no seu planeamento de cuidados serão alcançados cuidados de saúde holísticos, humanos e

sensíveis. (ARTINIAN *in* HANSON2005,p.313). Esta inclusão aumenta a confiança nos cuidados de enfermagem e contribui para a sua visibilidade. Foi esta a mensagem que tentei transmitir aos colegas durante o desempenho destas actividades. Consciente de que este decurso nem sempre foi fácil, termino dizendo que ele se assumiu como uma enriquecedora experiência que possibilitou o aprofundar de competências comunicacionais com a família/pessoa significativa do cliente crítico num contexto de cuidados intensivos.

2 - ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS

Neste capítulo são abordados, de forma crítica, as competências desenvolvidas ao longo do estágio.

Sabendo que para LE BOTERF apud ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009,p.11) a competência é“(...) saber mobilizar os seus recursos, conhecimentos e capacidades perante uma situação concreta” e ,tendo em conta as enriquecedoras experiências proporcionadas pelo processo formativo que descrevi, considero ter desenvolvido as seguintes competências, que me propus desenvolver aquando da elaboração do projecto de estágio, e que são transversais aos dois módulos:

- **Manter, de forma contínua e autónoma, o meu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional.**

Desde a elaboração do projecto, que foi feita à medida daquilo que considerava ser o caminho a percorrer, às situações de aprendizagem que procurei e à não consignaçoão a uma postura passiva num meio em si especializado, creio que esteve sempre presente uma atitude crescente e contínua de aperfeiçoamento das capacidades pessoais e profissionais.

- **Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da minha formação inicial, da minha experiencia profissional e de vida, e da minha formação pós graduada.**

Considero ter sido capaz de conciliar, em todos os momentos, os conteúdos teóricos, bem como, a minha experiência profissional prévia, com as exigências das realidades encontradas. Além de ser uma mobilização de conhecimentos constante, senti que fui capaz de o fazer não apenas limitada aos aspectos técnicos, como também e frequentemente, alargada a situações de maior complexidade. De igual modo, não o fiz de uma forma mecanizada resposta - estímulo, pois fui mais dinâmica e demonstrei mesmo a iniciativa de utilizar esses

conhecimentos prévios, como uma mais-valia para os cuidados, como foi o caso da elaboração da sessão de formação acerca da avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, tendo em conta o carácter envelhecido da população e, ainda, a avaliação da dor de forma sistemática.

- **Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica.**

O enfermeiro especialista deve ser capaz de agir de forma diferenciada, perante situações de particular complexidade. Creio que esta foi uma competência que foi construída e consolidada no decorrer dos estágios e demonstrada através de uma crescente capacidade de execução, planeamento e avaliação de acções. Para o seu desenvolvimento foram facilitadores todas as pesquisas bibliográficas que realizei, as evidências científicas que consultei, bem como, o processo reflexivo que acompanhou o meu desempenho. A sua demonstração não compreendeu apenas os aspectos técnico-científicos, contemplando, também os relacionais.

- **Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.**

Esta competência foi notória em ambos os estágios, dado que, não condicionei a minha presença apenas interligada à senhora enfermeira chefe ou enfermeira especialista das unidades. Ao longo dos ensinamentos clínicos fui capaz de obter uma boa integração, dado que procurei concretizar projectos para a equipa, nos quais esta pudesse ser envolvida e ao mesmo tempo respeitada. A valorização do seu "feed-back" face ao meu desempenho foi uma constante neste processo.

- **Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente.**

Apresentei sempre um grande sentido de organização que permitisse que a assistência ao cliente se revelasse a mais completa possível. Este sentido pode ser validado pela preocupação em incluir a pessoa significativa no cuidar, em dar continuidade e personalizar os processos iniciados, como foi o caso dos códigos de comunicação com o doente ventilado. Em suma, não uniformizei acções, mas sim adoptei medidas e adaptei estratégias às exigências de cada situação, personalizando e especializando a assistência ao cliente.

- **Demonstrar capacidades de reagir perante situações imprevistas e complexas.**

Mais uma vez a adopção de uma postura activa, dinâmica e de permanente procura de situações de aprendizagem foi fundamental para o desenvolvimento desta competência.

Perante o cliente crítico o enfermeiro especialista tem de apresentar flexibilidade, criatividade e capacidade de inovação, para que se possa adaptar às constantes alterações das necessidades de cuidados. O desenvolvimento da capacidade de organização da equipa aliada a uma postura de constante avaliação, permitiram-me a elaboração de diagnósticos e intervenções precisos e prioritários capazes de responder adequadamente a situações imprevistas e complexas

- **Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas.**

Em todos os momentos enquadrei e orientei as minhas decisões tendo em conta as recomendações técnico-científicas. A incorporação de algumas evidências científicas, durante o meu desempenho, permitiu a melhoria da qualidade dos cuidados. A avaliação sistemática da dor na Unidade de Cuidados Intensivos e a avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão no Serviço de Urgência, são notórios exemplos dessa preocupação. Também as questões éticas que orientam o processo de tomada de decisão foram tidas em consideração. Em nenhuma situação foram negligenciados os princípios éticos e deontológicos que orientam a profissão e consequentemente a minha prática.

- **Tomar decisões e ser criativa na interpretação e resolução de problemas.**
- **Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família.**

O desenvolvimento destas competências foi possível através do dinamismo que demonstrei ao longo dos estágios. A postura activa de procura de situações de aprendizagem foi impulsionadora do desenvolvimento de um pensamento crítico e criativo, que permitiu a elaboração de adequados processos de tomada de decisão. O desenvolvimento da capacidade de mobilização de conhecimentos e habilidades para cada um dos contextos, permitiu a elaboração de planos de cuidados personalizados e sistemáticos, de modo a que cada problema fosse solucionado da maneira mais eficaz para cada cliente e família.

- **Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-me de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e cultura.**

Também o desenvolvimento desta competência esteve muito presente nos momentos de aprendizagem. Para tal foram determinantes o acolhimento e o acompanhamento do cliente e dos familiares que efectuei nos dois serviços. A compreensão das suas necessidades e o respeito pelas suas convicções, valores e cultura permitiram-me o desenvolvimento de eficazes

técnicas de comunicação, que fossem de encontro às suas necessidades e problemas, de modo a obter o seu bem-estar e satisfação pessoal. Também a utilização de várias formas de comunicação, nomeadamente com o cliente submetido a ventilação mecânica invasiva, contribuíram de forma muito significativa para o desenvolvimento desta competência.

- **Reflectir na e sobre a prática, de uma forma crítica.**
- **Zelar pela qualidade dos cuidados.**

Em relação a estas duas últimas competências, considero-as premissas fundamentais, não só enquanto enfermeira especialista, mas no geral na nossa actuação como enfermeiros. A realização deste estágio, o confronto com exigentes contextos de prática profissional, permitiu-me aguçar estas capacidades e perceber a forma como se revelam os grandes pilares do desenvolvimento pessoal e profissional, numa perspectiva especializante. E, como tal, determinantes de uma prestação de cuidados de e com qualidade para o cliente/família /pessoa significativa, cada vez mais complexo, ciente das suas necessidades e informado do seu processo de cuidados.

3 - CONCLUSÃO

A elaboração deste relatório revelou-se uma enriquecedora experiência, através da qual foi possível descrever e analisar criticamente, não só o meu desempenho nos estágios, como também evidenciar os benefícios decorrentes de um processo de reflexão sempre presente, no percurso realizado. Pois, tal como afirmam JAMES e CLARKE Apud CARVALHAL (2003,p.31) a reflexão “(...) é uma actividade cognitiva necessária à prática de enfermagem e à sua complexidade dimensional, de modo a possibilitar o desenvolvimento de competências de enfermagem na prática.”

Para o desenvolvimento dessas competências foram fundamentais as minhas características pessoais, como a facilidade de comunicação, a determinação, o dinamismo, a capacidade de iniciativa e uma forte motivação, bem como, as características dos locais de estágio que permitiram um vasto leque de experiências. Também não posso deixar de reforçar o acolhimento, a disponibilidade e a sinceridade demonstrada por todos os colegas, outros elementos da equipa e sobretudo pelas senhoras enfermeiras orientadoras dos serviços e da faculdade. O respeito que por mim demonstraram e pelas minhas capacidades, para além de securizante, constituiu um importante reforço de confiança que permitiu uma crescente autonomia no processo de aprendizagem.

Foi, pois, esta atitude que possibilitou uma fácil integração no seio das equipas multidisciplinares, estabelecendo com as mesmas uma parceria que permitiu uma postura de permanente procura excelência do exercício, adoptando uma prática onde foi notório o respeito pelo o outro, pelos seus valores e convicções e, na qual tive oportunidade de reafirmar que pessoas diferentes necessitam de coisas diferentes (ORDEM DOS ENFERMEIROS 2003, p.50).

Considero, também, enquanto futura enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, que a capacidade de reflexão crítica que desenvolvi na minha prática permitiu o desenvolvimento de uma nova postura perante a tomada de decisão em enfermagem, no sentido de encontrar a resposta mais adequada a com cada cliente/família/pessoa significativa. Pois tal como refere LOPES (2000,p.40) “ nenhum enfermeiro poderá ser perito na prestação de cuidados se não reflectir criticamente no que faz”.

Como enfermeira perita, acerca da qual BENNER cit.por PHANEUF (2002,p.6) afirma que

“neste estágio a enfermeira procede de uma maneira menos analítica, mais sintética e sobretudo mais intuitiva. A sua experiência permite-lhe tomar decisões rápidas e seguras. Ela prevê, transfere os seus conhecimentos e, respeitando o essencial, está menos prisioneira das regras codificadas da prática. Torna-se assim mais apta

a utilizar a sua criatividade para resolver problemas de cuidados e fazer face à urgência ou à complexidade de certas situações.”,

considero que este mecanismo de aprendizagem não deve de terminar com a conclusão de um estágio académico, mas sim aliar-se ,como uma mais valia, à minha prestação de cuidados e, ainda, ser partilhado com os colegas ,enquanto valioso instrumento, na ponderação do nosso desempenho profissional.

Os locais onde realizei os ensinamentos clínicos constituem excelentes campos de estágio para a formação do enfermeiro especialista, pelo que a sua manutenção em cursos futuros deverá ser uma realidade. Contudo, não posso deixar de afirmar que o tempo previsto para cada módulo de estágio, embora pareça extenso, pode condicionar a implementação de alguns projectos nomeadamente no que concerne à sua avaliação e consolidação.

Relativamente às dificuldades sentidas, destaco as de natureza pessoal, onde muitas vezes foi difícil de conciliar o papel de estudante com o familiar e também as de natureza profissional, onde nem sempre foi fácil a conjugação de horários.

No entanto, considero ter atingido os objectivos a que me propus, quer durante os estágios, quer os do presente trabalho e não posso deixar de referir os ganhos obtidos com a metodologia de trabalho de projecto que, do meu ponto de vista, constituiu uma experiência muito produtiva, que conduziu a uma maior satisfação profissional e pessoal.

No futuro, pretendo continuar a desempenhar funções no serviço onde me encontro e no qual acredito que a minha actuação como enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica será uma mais-valia. As competências específicas que adquiri possibilitar-me-ão um desempenho profissional onde a flexibilidade, o pensamento crítico e criativo e a inovação irão possibilitar uma contínua melhoria da qualidade dos cuidados e a obtenção de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem. Para além disso, assumindo o papel de agente de mudança, espero concretizar um projecto na área do acolhimento e participação da família nos cuidados, no qual penso envolver toda a equipa.

Paralelamente é meu desejo redigir um artigo, no qual terei por base a experiência desenvolvida nestes estágios de modo a dar visibilidade aos meus contributos na melhoria da qualidade dos cuidados e consequentemente `a profissão de enfermagem, contribuindo igualmente para a afirmação da sua singularidade.

Por fim, não posso deixar de referir que todo este processo de aprendizagem foi bastante positivo e desde já constitui uma mais-valia a todos os níveis da minha existência. Termina cheia de vontade de continuar a aplicar os conhecimentos obtidos e as competências adquiridas. Ciente que esta é apenas uma parte de um longo caminho que terei para percorrer, o maior desafio que laço à minha caminhada é fazê-la com profissionalismo, que como refere HESBEEN (2000,p.72) *"está nesta subtilidade, nesta capacidade de ir ao encontro do outro e dar sentido a esse encontro e, depois, de fazer o caminho com ele"*.

4 - REFERÊNCIAS

AISSAOUI, Younès [et.al.]-Validation of a Behavioral Pain Scale in Critically ILL, Sedated, and Mechanically Ventilated Patients. **Anesthesia & Analgesia**. New York. ISSN 1526-7598. vol101, nº5 (Novembro2005), p.1470-1476.

ALASAD, Jafar; AHMAD, Muayyad-Communication With Critically Il Patients. **Journal of Advanced Nursing**. Oxford. ISSN 0309-2402.vol50, nº4 (Maio2005), p.356-362.

ANTUNES, Celínia Miguel - **Manual de Suporte Imediato de Vida em Trauma**. Coimbra: Formasau, 2008.117p.

BERMEJO, José Carlos - **Humanizar a Saúde: Cuidado, Relações e Valores**. Petrópolis: Editora Vozes, 2008.120p.ISBN 978-85-326-3713-0.

BOLANDER, Verolyn Rae - **Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica**. Lisboa: Lusodidacta, 1998.1963 p. ISBN 972-96610-6-5.

BUCKMAN, Robert - **S'asseoir Pour Parler. L'art de Communiquer de Mauvaises Nouvelles aux Malades. Guide du Professionnel de santé**. Paris :InterEditions, 1994. 211p. ISBN 2-7296-0501-0.

CARDOSO, Ana Bela M. Ramos; PINTO, Paulo de Jesus - Acolhimento do Doente no Hospital: Um Cuidado de Enfermagem. **Nursing** Lisboa. ISSN 0871-6196.nº 170 (Outubro 2002), p.11-14.

CARVALHAL, Rosa - **Parcerias na Formação. Papel dos Orientadores Clínicos: Perspectivas dos Actores**. Loures: Lusociência, 2003.186 p. ISBN 972-8383-40-1.

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA ZONA CENTRAL – **Regulamento interno do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE**. Lisboa: CHLC, 2007.37p.

CHAUHAN, Geeta; LONG, Ann - Communication is the Essence of Nursing Care 1:Breaking Bad News. **British Journal of Nursing**. Snow Hill.ISSN 0966-0461.vol14,nº9(July 27-August 9 2000),p.931-938.

CIURO; Ana Cristina Patrício Comunicar com Doentes Sem Voz: Uma Reflexão - Várias Vivências. **Sinais Vitais**. Lisboa. ISSN 0872-8844. nº 73(Julho 2007), p. 12 - 21.

DECRETO LEI nº248/2009"D.R.I Série".184(2009-09-22) 6761-6765.

DECRETO LEI nº161"D.R.I Série A".205(1996-09-04) 2959-2962.

DELL`ACQUA, Magda; ARAUJO, Vilanice; SILVA, Maria Julia - Toque: Qual o Uso Atual pelo Enfermeiro? **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto. ISSN 0104-1169. vol 6, nº 2 (Abril 1998),p.17-22.

DIRECÇÃO DA URGÊNCIA GERAL – **Plano de Acção da Urgência Geral**. Lisboa: Direcção da Urgência Geral, 2009.18p.

DIRECÇÃO- GERAL DA SAÚDE- **Circular Normativa Nº 9/DGCG- A dor como 5º sinal Vital**. Registo **Sistemático da Intensidade da dor**. Lisboa: DGS, 2003. 4p.

DIRECÇÃO- GERAL DA SAÚDE- **Circular Normativa Nº 11/DSCS/DPCD - Programa Nacional de Controlo da Dor**. Lisboa: DGS, 16p.

FERREIRA, Alda [et.al.] - Cuidar do Doente Crítico com Dor: um desafio no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) -Sinais **Vitais**. Lisboa. ISSN 0872-8844.nº77 (Março 2008), p.24-29.

FERREIRA, Pedro Lopes [et al.] - **Risco de Desenvolvimento de Úlceras de Pressão: Implementação Nacional da Escala de Braden**. Loures: Lusociência, 2007.117 p. ISBN 978-972-8930-37-0.

FREITAS, Kátia [et.al] - Necessidades de Familiares de Pacientes em Unidades de Terapia Intensiva: Análise Comparativa entre Hospital Público e Privado. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto. ISSN 0104-1169.vol15 nº1 (Janeiro -Fevereiro 2007), p.1-9.

FURTADO, Katia [et al] -Escala de avaliação do grau de risco de desenvolvimento de úlceras de pressão. **Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6196. suplemento ao nº 231 (Março 2008) p.4-10.

HANSON, Shirley MayHarmon - **Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação**.2ª ed. Loures: Lusociência, 2005. 497p. ISBN-972-8383-83-5.

HESBEEN, Walter – **Cuidar no Hospital: Enquadra Os Cuidados de Enfermagem numa Perspectiva do Cuidar**. Loures: Lusociência, 2000. 201 p. ISBN 972-8383-11-8.

HESBEEN, Walter – **Qualidade em Enfermagem: Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidado**. Loures: Lusociência, 2001. 220 p. ISBN 972-8383-20-7.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES - **CIPE® Versão 1.0: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**. Geneva: International Council of Nurses, 2005. 210 p. ISBN 92-95040-36-8.

LEAL, Mª Teresa – **A CIPE® e a Visibilidade da Enfermagem: Mitos e Realidades**. Loures: Lusociência, 2006.218 p. ISBN 972- 8930--20-8.

LEI nº33/2009."D.R.I Série".134(2009-07-14) 4467.

LEININGER, Madeleine – Enfermagem Transcultural: Imperativo da Enfermagem Mundial. **Enfermagem**. Lisboa. ISSN 0871-0775. nº 10 (Abril/Junho 1998), p. 32-36.

LOPES, Manuel - A Natureza dos Cuidados de Enfermagem. **Sinais Vitais**. Lisboa. ISSN 0872-8844.nº30 (Maio 2000), p.35-42.

MARTINS, Josiane de Jesus [et.al] - O Acolhimento à Família na Unidade de Terapia Intensiva: Conhecimento de uma Equipa Multiprofissional. **Revista Electrónica de Enfermagem**. Rio Grande do Sul. ISSN 1518-1944.vol10,nº4 (Dezembro 2008), p.1091-1101.

MARTINS, Lurdes. – Beneficência e Não-Malificência: e in NEVES, Maria do Céu patrão ; PACHECO, Susana – Para uma Ética de Enfermagem: Desafios. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004. ISBN 972-603-326-8.p.229-235.

MELO, Maria da Luz -**Comunicação com o Doente: certezas e incógnitas**. Loures: Lusociência, 2005.167p.ISBN 972-8383-86-X.

NEIL, Ruth M. – Filosofia e Ciência do Cuidar in TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile – Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem). 5ª ed. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-74-6.p.163-183.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2003. 24 p.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Competências do enfermeiro de cuidados gerais. **Ordem dos Enfermeiros**. Lisboa. ISSN1646-2629. nº10 (Outubro 2003), p. 49-56.

ORDEM DOS ENFERMEIROS -Conselho de Enfermagem – **Dor - Guia Orientador de Boa Prática**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2008.55p.ISBN 976-972-99646-9-5.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Desenvolvimento Profissional - Individualização das especialidades em Enfermagem. **Ordem dos Enfermeiros**. Lisboa. ISSN1646-2629. Nº26.Suplemento (Junho 2007), p. 9-20.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Enfermagem no Pré -Hospitalar: Orientações relativas às atribuições do Enfermeiro no Pré Hospitalar**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2007. 2 p.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Estatuto**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2009. 83 p.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados descritivos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001. 16 p.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE) – Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem -Perfil de Competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2009. 46 p.

PAYEN, Jean-Francois [et. al.]- Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. **Critical Care Medicine**. Midway Drive. ISSN 1530-0293.Vol.29,nº12 (Dezembro2001), p.2258-2263.

PEREIRA, Maria Aurora Gonçalves – A Verdade e a Esperança na Comunicação de más notícias em saúde: Opiniões e perspectivas. **Enfermagem Oncológica**. Porto. ISSN 0873-5689.nº28 e 29 (Outubro- Janeiro 2004), p.34-38.

PHANEUF, Margot - **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Loures: Lusociência, 2005.633p.ISBN 972-8383-84-3.

POTTER, Patrícia; PERRY, Anne Griffin - **Fundamentos de Enfermagem: Conceitos e Procedimentos**. Loures: Lusociência, 2006.1106p.ISBN 972-8930-24-0.

PROJECTO DE LEI nº503/X."D.A.R.II Série A".118/X/4 (09-05-21) 17-19.

RITTO, Ana Cristina Fernandes Dor: 5º Sinal Vital, Do Projecto à Realidade, a longa caminhada. **Enfermagem**. Lisboa. ISSN 0871-0775. Nº39 2ª série (Jun. /Set. 2005), p.5-9.

R410.2004, Comité Technique National des Activités de Services I – **Risque Biologique en Milieux de soins**. INRS6p.

ROXO, José Reis dos Santos - O Toque na Prática Clínica. **Referência**. Coimbra. ISSN 0874-0283. IIª série-nº6 (Junho 2008), p.77-89.

SHEEHY, Susan – **Enfermagem de Urgência: Da Teoria à Prática**. 4º ed. Loures: Lusociência, 2001. 877 p. ISBN 972-8383-16-9.

SILVA, Abel Paiva - Enfermagem avançada: Um sentido Para o Desenvolvimento da Profissão e da Disciplina. **Servir**. Lisboa. ISSN 0871-2379.vol.55,nº1-2 (Janeiro - Abril 2007), p.11-20.

SQUASSANTE, Nilcéia Dadalto e ALVIM, Neide Aparecida Titonelli - Relação equipe de enfermagem e acompanhantes de clientes hospitalizados: implicações para o cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. ISSN 0034-7167.vol 62,nº1 (Janeiro - Fevereiro 2009), p.11-17.

STEFANELLI, Maguida Costa; CARVALHO, Emília Campos de - **A Comunicação nos Diferentes Contextos da Enfermagem**. São Paulo: Manole, 2005.159p.ISBN 85-204-2196-2.

TAPPEN - Ruth M. - **Liderança e Administração em Enfermagem: Conceitos e Prática**. 4ª ed. Loures: Lusociência, 2005.589 p. ISBN 972-8930-00-3.

TORRES, Emília - Enfermagem Médico-Cirúrgica Como se Trabalha nesta Área. Ordem dos Enfermeiros. **Edições Inédia**. Lisboa. ISSN1646-2629.(Outubro 2008), p.21.

URDEN, Linda D.[et.al.] -Thelan's **Enfermagem de Cuidados Intensivos: Diagnóstico e Intervenção**.5ª ed. Loures: Lusodidacta, 2008.1265p. ISBN 978-989-8075-08-6.

URIZZI, Fabiane [et.al] - Vivências de Familiares de Pacientes Internados em unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. São Paulo. ISSN 0103-507X. Vol.20,nº4 (Outubro-Dezembro2008), p.370-375.

VIEIRA, Margarida – **Ser Enfermeiro: Da Compaixão à Proficiência**. 2ª ed. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2008.158p.ISBN 978-972-54-0195-8.

WATSON, Jean - **Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar Uma Teoria de Enfermagem**. Loures: Lusociência, 2002.182p. ISBN 972-8383-33-9.

WELCH, Alice Z. – Cuidar Cultural: Teoria da Diversidade e da Universalidade in TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile – Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem). 5ª ed. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-74-6.p.563-591.

ANEXOS

ANEXO I – Declaração comprovativa de funções

DECLARAÇÃO

Declara-se para os devidos efeitos que a Sr.^a Enfermeira Fernanda Maria Dias Simões Bernardo, em exercício de funções na Unidade Funcional Dermatologia /Medicina 2.3 do Hospital dos Capuchos - Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, tem desempenhado funções na Área de actuação da prestação de Cuidados e participado na Área de actuação da Gestão, em colaboração com Enfermeira Chefe , em sua substituição e nos impedimentos.

Esta colaboração realiza-se nas áreas:

Gestão de recursos materiais, através da requisição de materiais de consumo clínico, na recepção, armazenamento e avaliação dos mesmos,

Gestão de Recursos Humanos e Cuidados de enfermagem.

Desde 2001 tem colaborado na Formação de alunos das Escolas Superiores de Enfermagem, que têm efectuado estágio na Unidade. Refere-se também que tem colaborado como formadora na Área de Gestão da Formação do Centro Hospitalar.

Pelo exposto, subscrevemos a presente declaração.

Lisboa, 23 de Abril de 2010

A Enfermeira Chefe

Felizarda Jorge

FELIZARDA JORGE
Enf.^a Chefe

ANEXO II – Exemplos de composição de diagnósticos, intervenções e resultados
segundo a CIPE®

7 Eixos Processo Enfermagem	Acção	Cliente	Foco	Juízo	Localização	Recursos	Tempo
Diagnósticos de Enfermagem		Indivíduo	Limpeza das Vias Aéreas	Compro- metido			
Intervenções de Enfermagem	Aspirar		Expectoração		Cavidade Oral, Nasal Tubo endotraqueal		Frequente
	Vigiar (características das secreções)					Aparelho de Aspiração	Frequente
	Inserir				Dispositivo		Às vezes
	Incentivar		Tossir				Sempre
	Incentivar		Expectorar				Sempre
	Posicionar	Individuo					Às vezes
Resultados de Enfermagem			Limpeza das Vias Aéreas	Normal			

7 Eixos Processo Enfermagem	Acção	Cliente	Foco	Juízo	Localização	Recursos	Tempo
Diagnósticos de Enfermagem		Indivíduo	Dor	Actual	coxa		crónica
Intervenções de Enfermagem	Monitorizar		Dor			Instrumento de Avaliação; Linhas de Orientação face à Dor	Frequentemente
	Posicionar	Individuo					Frequentemente
	Gerir					Medicação Analgésica	
Resultados de Enfermagem		Indivíduo	Dor	Nenhum			

7 Eixos Processo Enfermagem	Ação	Cliente	Foco	Juízo	Localização	Recursos	Tempo
Diagnósticos de Enfermagem			Convulsão	Actual			
Intervenções de Enfermagem	Vigiar		Convulsão				Sempre
	Vigiar		Consciência				Sempre
	Monitorizar		Sinais vitais e SPO2				Sempre
	Inserir					Dispositivo respiratório	Sempre
	Posicionar	Individuo					
Resultados de Enfermagem			Convulsão	Nenhum			

REFERÊNCIAS

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES - **CIPE® Versão 1.0: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem** . Geneva: International Council of Nurses, 2005. 210 p. ISBN 92-95040-36-8.

ANEXOIII – Escala de Braden

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Nome do doente: _____		Nome do avaliador: _____		Data da avaliação: _____	
Serviço: _____		Cama: _____		Idade: _____	
Percepção sensorial Capacidade de reacção significativa ao desconforto	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação, OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.	
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.	
Actividade Nível de actividade física	1. Acamado: O doente está confinado à cama.	2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.	
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.	
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.	
Fricção e forças de deslizamento	1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.		
Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.					Pontuação total

ANEXO IV – Plano de sessão da formação “A Avaliação do Risco de Desenvolvimento de Úlceras de Pressão Através da Escala de Braden”.

Plano de Sessão

Tema: A Avaliação do Risco de Desenvolvimento de Úlceras de Pressão Através da Escala de Braden.

Público Alvo: Enfermeiros do Serviço de Urgência do CHLC E.P.E.

Formadores: Enfermeira Fernanda Bernardo.

Data: 8 de Junho de 2009

Hora e Local: 10.00h. Gabinete de Enfermagem

Duração: 40 minutos.

Objectivos: Identificar os factores de risco de desenvolvimento de úlceras de pressão; Apresentar a Escala de Braden ; Sensibilizar os colegas para a importância da avaliação do risco e para a aplicação da Escala de Braden.

	Conteúdos	Tempo	Metodologia
Introdução	-Apresentação da formadora -Apresentação do tema -Enunciar os objectivos -Justificação da elaboração	5 min.	-Método Expositivo
Desenvolvimento	-Definição de úlcera de pressão -Factores de risco: externos, extrínsecos e internos -Avaliação do risco: escalas, vantagens e desvantagens -Escala de Braden: apresentação e a sua aplicação	30 min.	-Método Expositivo/ Participativo
Conclusão	-Síntese dos conteúdos expostos -Avaliação	5 min.	-Método Expositivo/ Participativo

Avaliação: Interesse demonstrado por parte dos participantes, colocação de questões e esclarecimento, registo escrito anónimo e confidencial dos formandos relativamente à acção de formação.

ANEXO V – Sessão de formação “A Avaliação do Risco de Desenvolvimento de
Úlceras de Pressão Através da Escala de Braden”.



A AVALIAÇÃO DO RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO ATRAVÉS DA ESCALA DE BRADEN

FERNANDA BERNARDO
JUNHO 2009

1



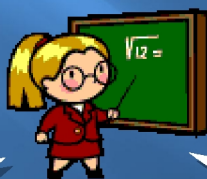
OBJECTIVOS

Identificar os
factores de risco
de
desenvolvimento
de úlceras de
pressão

Apresentar a
escala de Braden

Sensibilizar os
colegas para a
importância da

Sensibilizar os
colegas para a
aplicação da





Avaliação do Risco

Úlcera de Pressão

Lesão da pele, provocada por deficiente irrigação sanguínea, habitualmente associadas à pressão.

Carol Dealey citada por Furtado(1998)

Alteração degenerativa da pele e tecidos subjacentes, causada por uma combinação de pressão, forças de deslizamento e fricção.

EPUAP citado por Ferreira et al (2007)

3



Avaliação do Risco

Objectivo

“Identificar as pessoas em risco de desenvolver úlceras de pressão, que necessitam de prevenção, e os factores específicos que as colocam em situação de risco”

EPUAP (2001)

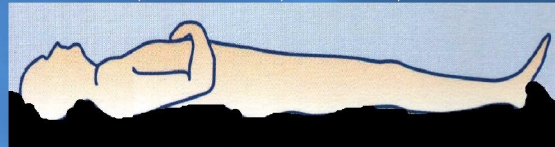


4



Avaliação do Risco

FACTORES DE RISCO INTERNOS



FACTORES DE RISCO EXTERNOS

5



Avaliação do Risco

Factores Externos



Inerentes ao ambiente que envolve o Cliente

- Higiene deficiente
- Sedação
- Dor
- Posicionamentos incorrectos
- Temperatura ambiente
- Patologias associadas



6



Avaliação do Risco

Factores Extrínsecos

- Pressão
- Fricção
- Forças de deslizamento



7



Avaliação do Risco

Factores Intrínsecos



Os mais determinantes

- Idade
- Limitação da mobilidade
- Desidratação
- Estado de nutrição
- Incontinência
- Deficiente perfusão de oxigénio



8



Avaliação do Risco



9



Avaliação do Risco



10



Avaliação do Risco

AVALIAÇÃO EMPIRICA?

OU

APLICAÇÃO DE ESCALAS DE AVALIAÇÃO
DO RISCO?



11



Avaliação do Risco

- ➔ Existem mais de 40 escalas
- ➔ Não devem ser utilizadas isoladas de uma avaliação global do doente
- ➔ As escalas não previnem as UP, apenas dão pistas para os profissionais planearem a sua actuação



12



Avaliação do Risco

Objectivo das escalas de avaliação

Prevenir e/ou evitar o aparecimento de úlceras de pressão, assim como o identificar os utentes em risco

Ferreira et al. (2007)



13



Avaliação do Risco

Características das escalas

- Sensibilidade e Especificidade
- Predictibilidade positiva e negativa
- Critérios claros e definidos
- Baixa variabilidade inter-observadores
- Aplicação em diferentes contextos assistenciais



14



Avaliação do Risco

Vantagens

- Sensibiliza os profissionais para os riscos
- Fornecem um padrão mínimo de avaliação
- Dão um motivo para a avaliação e melhoram os registos
- Proporcionam uma base de trabalho para a prestação de cuidados

Nixon;McGough in Moya (2004)



15



Avaliação do Risco

Vantagens

- Fornecem um indicador bruto de risco
- Realçam os factores de risco chave
- Dão alguma objectividade aos planos de intervenção na prevenção/tratamento
- Permitem uma optimização na utilização dos recursos existentes

Nixon;McGough in Moya (2004)



16



Avaliação do Risco

Criticas feitas às escalas

- Pouco específicas
- Afectadas pelas práticas pelo que podem não resultar
- Baixa fiabilidade - dão resultados diferentes conforme quem as aplica
- Grau de predictibilidade é influenciado pelas medidas preventivas



17



Avaliação do Risco

Escala de Braden

- ❖ Criada nos EUA em 1987 por Braden e Bergstrom
- ❖ Recomendada pelo EPUAP
- ❖ Validada em Portugal
- ❖ Encontra-se em uso em vários países



18



Avaliação do Risco

Escala de Braden

- Sujeita a um maior número de testes
- Aplicada numa grande variedade de serviços clínicos
- Tem alta validade e predictilidade
- Num estudo comparativo com a escala de Norton obteve-se melhor desempenho do que a de Norton.
- Outros estudo revelaram diminuição dos falsos negativos comparativamente com a escala de Norton.



Ferreira et al.(2007)

19



Avaliação do Risco

Escala de Braden

- ❑ É composta por seis sub-escalas que medem o grau de percepção sensorial, humidade, actividade física, mobilidade, nutrição, fricção e forças de deslizamento
- ❑ Cada sub-escala tem uma pontuação de 1 a 4 (excepto fricção e forças de deslizamento) com um score potencial de 6-23



20



Avaliação do Risco

Escala de Braden

- ▣ Pontuação total:
 - <12 pontos - alto risco
 - 13-14 pontos - risco moderado
 - 15-16 pontos - baixo risco para idades <75
 - 15-18 pontos - baixo risco para idade ≥75



21



Avaliação do Risco

Aplicação

- ▣ Na admissão do cliente
- ▣ De 24 em 24 horas no Serviço de Urgência e Cuidados Intensivos
- ▣ De 48 em 48 horas nos outros Serviços Hospitalares
- ▣ Semanalmente nas primeiras quatro semanas e posteriormente mensalmente ou trimestralmente em Cuidados Continuados
- ▣ Sempre que a situação do cliente se alterar




22

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO				
Nome do doente: _____		Nome do avaliador: _____		Data da avaliação: _____
Serviço: _____		Camã: _____	Idade: _____	
Percepção sensorial Capacidade de percepção significativa ao desconforto	1. Completamente limitada: Não responde a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agita a não) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	2. Muito limitada: Responde unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação, OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Ligiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défices sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a suor, urina, etc. E detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma mudança adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.
Actividade Nível de actividade física	1. Acamado: O doente está confinado à cama.	2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Andar ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas a curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Andar frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.
Mobilidade Capacidade de alterar e contribuir a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinhos.	3. Ligiramente limitada: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz grandes e frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soro durante mais de cinco dias.	2. Provaivelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido. OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.
Fricção e forças de deslizamento	1. Problemas: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Desliza frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Especialidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	2. Problemas potenciais: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoio ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente desliza.	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.	
				Pontuação total

Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.


© Copyright Braden Braden and Nancy Bergstrom, 1989. Validada para Portugal por Margarida, Carlos, Miguel, Cristina, Fátima, Pedro, Gabriela, João, Fátima, Kiana (2001)

23



Avaliação do risco

As avaliações de risco devem ir mais além do que a aplicação de uma mera escala e, em nenhum caso, devem determinar uma atitude prescritiva e inflexível na abordagem dos cuidados a prestar.



24



Avaliação do risco

- ▣ A avaliação do risco deve ser contínua e a frequência de avaliação depende da mudança de condições do estado do doente e/ou alterações no estado da pele, impondo uma reavaliação utilizando uma escala de risco.



25



Avaliação do risco

- ▣ A revisão das evidências desafia um papel central para as escalas de avaliação de risco como método válido de rastreio do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão.

Nixon; McGough in Moya (2004)



26



**“O FUTURO DEPENDE DAQUILO
QUE FIZERMOS NO PRESENTE”
GHANDI**

27

Referências

- ▣ BARANOSKI, Sharon; AYELLO, Elisabeth – **O Essencial Sobre O Tratamento de Feridas, Princípios Práticos**. Loures: Lusociência, 2006. 486 p. ISBN972-8930-03-8.
- ▣ EPUAP- **Pressure Ulcer Risk Assessment** [Em Linha], 2001[consult. 6 Jun.2009] Disponível em www.epuap.org/bulletin3_2/page6.htm.
- ▣ FERREIRA, Pedro Lopes; [et al.] – **Escala de Braden Um Instrumento para a Qualidade dos Cuidados, Relatório de Projecto**. Lisboa : I QS, 2007.94p. ISBN978-972-8656-10-2P.
- ▣ FERREIRA, Pedro Lopes ; [et al.] – **Risco de Desenvolvimento de Úlceras de Pressão, Implementação Nacional da Escala de Braden**. Loures: Lusociência, 2007.118p. ISBN978-8930-37-0.
- ▣ GRUPO DE TRABALHO- **ÚLCERAS DE PRESSÃO, SUB-GRUPO HOSPITALAR SANTO ANTÓNIO DOS CAPUCHOS/DESTERRO – Prevenção e Tratamento das Úlceras de Pressão**. Lisboa: Dr.ª Elaine Pina, 1998. 83p
- ▣ MORISON, J. Moya – **Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão**. Loures : Lusociência, 2004.286p. ISBN972-8383-68-1.

28

OBRIGADO PELA
VOSSA ATENÇÃO!!

ANEXO VI – Documento de divulgação da sessão de formação “ A Avaliação do Risco de Desenvolvimento de Úlceras de Pressão Através da Escala de Braden”.

FORMAÇÃO EM SERVIÇO

“A Avaliação do Risco de Desenvolvimento de Úlceras de Pressão através da Escala de *Braden*”

Objectivos:

- Identificar os factores de risco de desenvolvimento de úlceras de pressão;
- Apresentar a Escala de *Braden*;
- Sensibilizar os colegas para a importância da avaliação do risco e para aplicação da Escala de *Braden*.

Formadora: Enf.^a Fernanda Bernardo
(Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica)

Data e Hora: 8 de Junho de 2009, às 10h e 11h (duas sessões).

Local: Sala de Pausa de Enfermagem.

ANEXO VII – Avaliação da sessão de formação “A Avaliação do Risco de Desenvolvimento de Úlceras de Pressão Através da Escala de Braden”.

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Esta avaliação foi realizada de forma anónima e confidencial. Nela foram redigidas considerações individuais acerca do tema apresentado e da qualidade da sessão e do formador.

“A Avaliação do Risco de Desenvolvimento de Úlceras de Pressão Através da Escala de Braden”.

- “ O tema apresentado é muito pertinente e o conteúdo foi esplanado com muita clareza. Foi muito esclarecedor”.
- “Explicou de forma clara a informação essencial. O ideal seria haver mais tempo de formação para exemplificar pelo menos uma vez a aplicação da escala”.
- “Elucidativa para sensibilização dos factores de risco das úlceras de pressão”.
- “Formação interessante e explícita”.
- “Tema interessante. Explicação clara e sucinta”.
- “ Oportuno, pertinente, clara”.
- “Sessão esclarecedora e muito bem apresentada”.
- “Gostei muito, penso que foi bastante esclarecedora”.
- “Formação bastante interessante, esclarecedora, empenhada e motivadora”.
- “Boa estrutura de apresentação. Explicação clara e sucinta. Deve continuar”.
- “O tema foi muito pertinente na medida em que possibilitou que os enfermeiros ficassem mais despertos para esta temática”.
- “Muito interessante e elucidativa. A colega conseguiu captar a atenção dos presentes pelo modo como expôs a acção. Conseguiu ser clara e explícita.”.
- “Apresentação clara e sucinta. Denota-se domínio do tema o que possibilitou o esclarecimento de dúvidas com exemplos da sua prática diária. Bem-haja”.
- “ Sem sugestões a fazer.”

ANEXO VIII - Documento deixado no Serviço de Urgência sobre a temática da avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão.



UNIVERSIDADE
CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE PÓS LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

A AVALIAÇÃO DO RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO



FERNANDA BERNARDO

LISBOA

JUNHO 2009

A AVALIAÇÃO DO RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Nos nossos dias as úlceras de pressão podem ser evitáveis, fáceis de detectar e a sua prevenção é pouco dispendiosa.

Através da utilização das escalas de avaliação de risco é possível identificar a existência ou não desse risco e desenvolver planos de cuidados adequados.

Esta atitude permite a diminuição dos gastos supérfluos, a diminuição dos custos e a melhoria da qualidade de vida do cliente, traduzindo-se num evidente impacto social.

A existência de úlceras de pressão é um indicador de má qualidade dos cuidados de enfermagem. A prevenção é sem dúvida a sua melhor abordagem. Ter em conta os factores de risco é o melhor caminho. A ilustrar esta postura face à abordagem desta temática surge Paré no século XVI, que, já nesta altura, propôs intervenções para a avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão.

MECANISMOS QUE LEVAM À RUPTURA TECIDULAR

No organismo humano existe a capacidade de controlo do fluxo sanguíneo .O sistema vascular tem a capacidade de controlar o fluxo sanguíneo local em cada tecido. Assim, existe uma activação motora no leito capilar que vai provocar um feedback arterio-capilar. Após a alteração da pressão sanguínea vai existir uma auto-regulação da microcirculação que leva a uma resposta veno-capilar e onde vão intervir vários mecanismos nervosos e humorais. O aumento ou a diminuição súbita da

pressão sanguínea resulta num aumento ou diminuição do fluxo ao tecido que em condições normais é resolvido em minutos, através do sistema de auto regulação.

No desenvolvimento de úlceras de pressão este processo de auto regulação está alterado e ruptura tecidual pode-se instalar de diferentes maneiras:

Ø OCLUSÃO DO FLUXO SANGUÍNEO

Vai existir um dano por reprefusão abrupta do leito vascular. A pressão existente no local leva à anóxia que conduz a um extravasamento do sangue da microcirculação. Este mecanismo leva a uma diminuição da glicose surgindo uma hiperémia reactiva. Ocorre um extravasamento dos glóbulos brancos, vermelhos e plasma para o espaço intersticial, formam-se trombos e surge o edema localizado, há uma diminuição da microcirculação e uma diminuição do lúmen vascular.



Ø DANO DAS ARTERÍOLAS

As lesões induzidas desenvolvem-se em primeiro lugar no músculo, tecido adiposo subcutâneo ou derme profunda e só mais tarde conduzem à morte da parte cutânea. Existe um dano endotelial celular que leva à activação de mecanismos de coagulação intrínsecos. As plaquetas agregam-se se e ocluem os vasos afectados levando à necrose. A epiderme está intacta durante vários dias.



Ø OCLUSÃO DIRECTA DOS VASOS SANGUÍNEOS

Em resultado da pressão existente surge uma destruição total de todas as camadas da pele, surgindo desde o início do processo uma necrose seca. Surge habitualmente nos locais onde a pele é fina e existem proeminências ósseas.



FACTORES DE RISCO

Ø EXTERNOS

- 🔍 Higiene deficiente
- 🔍 Humidade
- 🔍 Incontinência urinária
- 🔍 Sedação
- 🔍 Dor
- 🔍 Temperatura ambiente
- 🔍 Má técnica de posicionamentos

Ø EXTRÍNSECOS

- 🔍 Pressão
- 🔍 Fricção
- 🔍 Forças de Deslizamento

Ø INTRÍNSECOS

Os mais determinantes:

- 🔍 Idade
- 🔍 Limitação da Mobilidade
- 🔍 Desidratação
- 🔍 Estado Nutricional
- 🔍 Incontinência
- 🔍 Peso Corporal
- 🔍 Deficiente Irrigação
- 🔍 Patologias

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Após o estabelecimento do risco desenvolver medidas preventivas apropriadas a cada nível de risco identificado.

- ü Promover uma maior vigilância dos clientes de alto risco.
- ü Controlar e se possível diminuir os factores de risco.
- ü Realizar uma adequada avaliação da pele que deve ser documentada diariamente.
- ü Individualizar o horário e a frequência do banho tendo em conta a idade do doente, a textura da pele e secura ou oleosidade da mesma.

ü Evitar a fricção excessiva, a água muito quente. Utilizar produtos não secantes, cremes hidratantes não alcoólicos e pomadas de barreira quando necessário e em quantidade adequada.

ü Proteger as lesões existentes na pele com pensos adequados.

ü Realizar um programa individualizado de posicionamentos de acordo com o grau de risco identificado,

ü Efectuar registos onde se verifique o decúbito a dotado e o horário.

ü Em clientes sentados recomenda-se o alívio de pressão cada dez a quinze minutos.

ü Se o cliente colaborar deve ser incentivado a mobilizar-se no leito.

ü Se a situação o permitir encorajar o andar par perseverar o tónus muscular e melhorar a circulação.

ü Evitar a fricção através de uma técnica correcta de posicionamentos e de mobilizações.

ü Fazer uma mobilização suave dos membros e articulações utilizando mobilizações activas e passivas.

ü Sempre que possível fazer elevação dos calcaneos através do uso de almofadas ou dispositivos adequados.

ü Não massajar as proeminências ósseas avermelhadas pois poderá conduzir futuro dano tecidular.

ü Recorrer ao uso de dispositivos de alívio de pressão.

ü Utilizar roupa de boa qualidade e mantê-la sempre bem esticada.

ü Vigiar o estado nutricional e promover a elaboração de um plano nutricional adequado.

ü Promover equilíbrio hidroelectrolítico, tendo em conta que a água ajuda na hidratação dos locais das feridas, actua como solvente para os minerais e transporta as materiais vitais tanto para dentro da células como os detritos para fora.

ü Vigiar a temperatura do cliente.

ü Educar o cliente e a sua família para as medidas a adoptar no domicílio.

REFERÊNCIAS

BARANOSKI, Sharon; AYELLO, Elisabeth – O Essencial Sobre O Tratamento de Feridas, Princípios Práticos. Loures: Lusociência, 2006. 486 P.ISBN972-8930-03-8.

EPUAP- Pressre Ulcer Risk Assessment [Em Linha], 2001 [consult. 6 Jun.2009]
Disponível em www.epuap.org/bulletin3_2/page6.html.

FERREIRA, Pedro Lopes; [et al.] – Escala de Braden Um Instrumento para a Qualidade dos Cuidados, Relatório de Projecto. Lisboa: I QS, 2007.94p.ISBN978-972-8656-10-2P.

FERREIRA, Pedro Lopes; [et al.] – Risco de Desenvolvimento de Úlceras de Pressão, Implementação Nacional da Escala de Braden. Loures: Lusociência, 2007.118p.ISBN978-8930-37-0.

GRUPO DE TRABALHO- ÚLCERAS DE PRESSÃO, SUB-GRUPO HOSPITALAR SANTO ANTÓNIO DOS CAPUCHOS/DESTERRO – Prevenção e Tratamento das Úlceras de Pressão. Lisboa: Dr.^a Elaine Pina, 1998. 83p

MORISON, J. Moya – Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão. Loures: Lusociência, 2004.286p.ISBN972-8383-68-1.

ANEXO IX - Plano de sessão da formação “ CIPE®- Uma Sensibilização “

Plano de Sessão

Tema: “CIPE®- Uma Sensibilização”

Público-alvo: Enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente I.

Formadores: Enfermeira Fernanda Bernardo.

Data: 5 de Novembro de 2009

Hora e Local: 14.30h. Sala de Reuniões

Duração: 35 minutos.

Objectivos: Relembrar o Sistema de Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE®; Apresentar a Versão 1.0 da CIPE®; Sensibilizar os colegas para a importância da aplicação deste Sistema de Classificação; Apresentar exemplos práticos.

	Conteúdos	Tempo	Metodologia
Introdução	-Apresentação da formadora -Apresentação do tema -Enunciar os objectivos -Justificação da elaboração	5 min.	-Método Expositivo
Desenvolvimento	-Definição da CIPE®, -Objectivos, componentes, vantagens e desvantagens deste sistema de classificação. -Apresentação da versão 1.0 e do modelo dos sete eixos. -Explicação do modo como devem ser elaborados os diagnósticos, as intervenções e os resultados segundo este modelo. -Exemplos de composição de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem de acordo com este modelo.	20 min.	-Método Expositivo/ Participativo
Conclusão	-Síntese dos conteúdos expostos -Avaliação	10 min.	-Método Expositivo/ Participativo

Avaliação: Interesse demonstrado por parte dos participantes, colocação de questões e esclarecimentos, Aplicação de um questionário escrito anónimo e confidencial.

ANEXO X – Sessão de formação “ CIPE®- Uma Sensibilização “



CIPE ®

“UMA SENSIBILIZAÇÃO”

FERNANDA BERNARDO
NOVEMBRO 2009

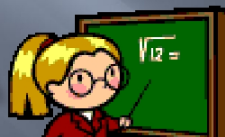
1



OBJECTIVOS

Relembrar o Sistema de Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem-CIPE®.

Apresentar a Versão 1.0 da CIPE®.





CIPE®

- ❑ A CIPE é um sistema de linguagem de enfermagem unificado.
- ❑ É uma terminologia de composição para a prática de enfermagem que facilita o cruzamento de termos usados localmente com as classificações e vocabulários existentes

(ICN, 2005)



3



CIPE®

- ❑ Deveria ser usada para tornar visível a prática de enfermagem nos sistemas de informação em saúde.
- ❑ Deveria ser usada para descrever e integrar a enfermagem na investigação, educação e gestão e no desenvolvimento de políticas em cuidados de saúde.

(ICN, 2005)



4



OBJECTIVOS

- Descrever os cuidados de enfermagem
- Permitir a sua comparação
- Incentivar a investigação
- Demonstrar ou projectar tendências sobre a prestação de cuidados
- Fornecer dados para influenciar as políticas de saúde.

ICN in LEAL (2006)

5

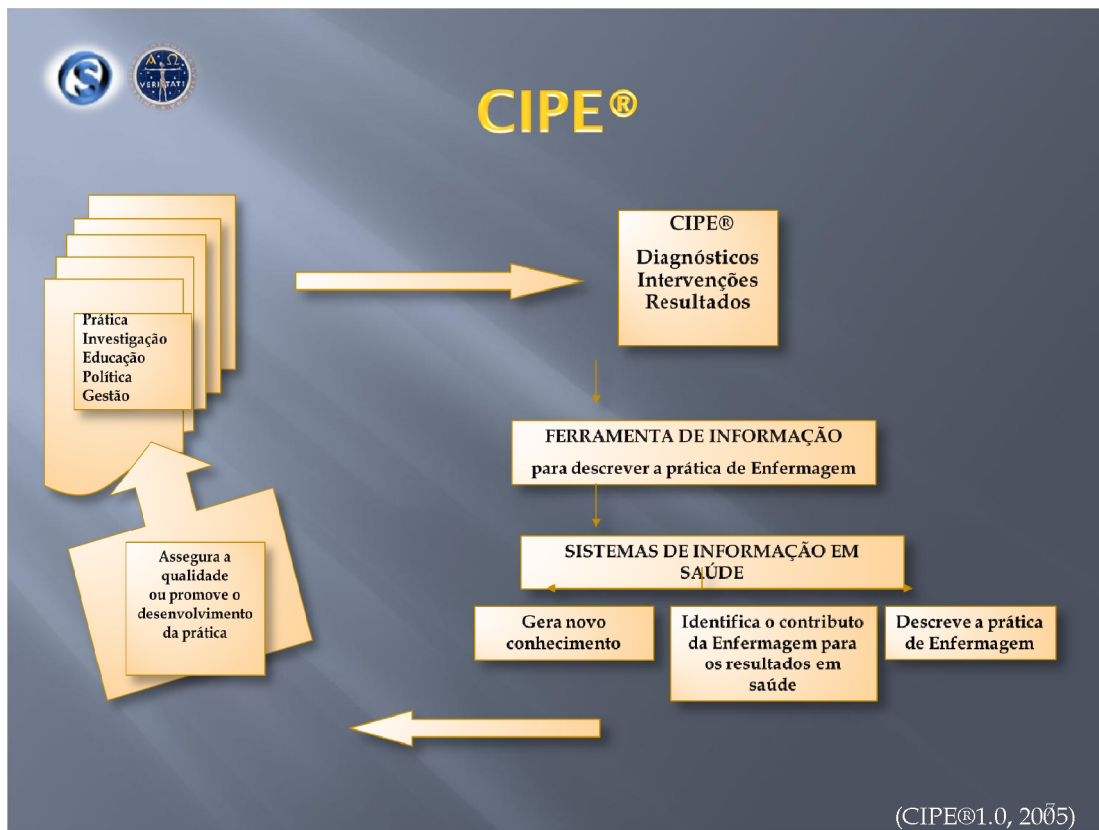


COMPONENTES DA CIPE®

- ✦ Fenómenos
- ✦ Diagnósticos de enfermagem
- ✦ Acções de Enfermagem
- ✦ Resultados de Enfermagem



6



O diagrama apresenta as vantagens do CIPE®. No topo, o logotipo da ANVISA e o logo da CIPE® são exibidos. O título principal é **VANTAGENS**. Abaixo, há uma lista de vantagens:

- ❖ Descreve e compara a prática de enfermagem, facilitando a comunicação
- ❖ Representa conceitos usados na prática, atravessando idiomas e áreas de especialização, descrevendo os cuidados a nível mundial
- ❖ Estimula a Investigação

No canto inferior direito, há uma ilustração de uma pessoa sentada no chão, trabalhando em um laptop. No canto inferior direito, há o número **8**.



VANTAGENS

- ❖ Fornece dados sobre a prática, podendo influenciar a formação, tomada de decisão e as políticas de Saúde
- ❖ Projecta tendências das necessidades dos clientes, prestação de cuidados, utilização de recursos e resultados de saúde
- ❖ Promove a reflexão acerca da prática profissional e influencia na melhoria da qualidade dos cuidados



9



CRONOLOGIA

1990 – Formação da equipa de desenvolvimento da CIPE®

1996 – Publicação da versão ALFA



1999 – Publicação da versão BETA

2001 – Publicação da versão BETA 2

2005 – Publicação da versão 1.0

10



CIPE® VERSÃO 1.0

- ✓ Permite aos enfermeiros de todo o mundo documentar sistematicamente o seu trabalho com os indivíduos , famílias e comunidades
- ✓ Utiliza diagnósticos intervenções e resultados de enfermagem normalizados



11



CIPE® VERSÃO 1.0

- ✓ Normaliza o significado ou definições dos termos
- ✓ Permite o uso local da linguagem natural cruzando-a com um significado normalizado
- ✓ Identifica sinónimos e termos preferidos.



12



CIPE® VERSÃO 1.0

- ✓ Não é só um vocabulário
- ✓ É um recurso que pode acomodar vocabulários já existentes
- ✓ Pode ser usado para desenvolver novos vocabulários



13



CIPE® VERSÃO 1.0

- ✓ Pode identificar relações entre vocabulários e conceitos
- ✓ Reflete as principais reformulações que ocorreram de modo a se obter um sistema de classificação tecnologicamente, mais robusto e mais acessível à utilização pelo enfermeiro.



14



MODELO DOS 7 EIXOS



15



CONSTRUÇÃO DE DIAGNÓSTICOS, INTERVENÇÕES E RESULTADOS DE ENFERMAGEM

Foco



Área de atenção relevante para a Enfermagem. Ex:
Dispneia, dor, ansiedade

O quê?



16



CONSTRUÇÃO DE DIAGNÓSTICOS, INTERVENÇÕES E RESULTADOS DE ENFERMAGEM

Juízo



Opinião clínica ou determinação relativamente ao foco da prática de enfermagem. Ex: risco, actual, melhorado

Como está?



17



CONSTRUÇÃO DE DIAGNÓSTICOS, INTERVENÇÕES E RESULTADOS DE ENFERMAGEM

Recursos



Forma ou método de concretizar uma intervenção. Ex: ligadura, serviço de nutrição, serviço social

Com o quê?



18



CONSTRUÇÃO DE DIAGNÓSTICOS, INTERVENÇÕES E RESULTADOS DE ENFERMAGEM

Ação



Processo intencional aplicado a, ou desempenhado por
cliente. Ex: administrar, monitorizar



19



CONSTRUÇÃO DE DIAGNÓSTICOS, INTERVENÇÕES E RESULTADOS DE ENFERMAGEM

Tempo



O ponto, período, instante, intervalo ou duração de
uma ocorrência. Ex: Admissão, crónico, intermitente

Quando?



20



CONSTRUÇÃO DE DIAGNÓSTICOS, INTERVENÇÕES E RESULTADOS DE ENFERMAGEM

Localização



Orientação anatômica ou espacial de um diagnóstico ou intervenção . Ex: abdominal, posterior, comunidade

Onde?



21



CONSTRUÇÃO DE DIAGNÓSTICOS, INTERVENÇÕES E RESULTADOS DE ENFERMAGEM

Cliente



Sujeito a quem o diagnóstico se refere, que é o beneficiário da intervenção. Ex: prestador de cuidados, família, indivíduo, doente

A quem?



22



CONSTRUÇÃO DE DIAGNÓSTICOS, INTERVENÇÕES E RESULTADOS DE ENFERMAGEM

➡ A construção de diagnósticos e resultados de enfermagem deve incluir:

1. Um termo do eixo do foco
2. Um termo do eixo do juízo
3. Pode incluir termos adicionais de todos os Eixos

Ex: Hipertensão actual, Úlcera de Pressão risco

23



CONSTRUÇÃO DE DIAGNÓSTICOS, INTERVENÇÕES E RESULTADOS DE ENFERMAGEM

➡ A construção de intervenções de enfermagem deve incluir:

1. Um termo do eixo da Acção
2. Pelo menos um termo Alvo. Um termo alvo pode ser um termo de qualquer eixo excepto do eixo do juízo.
3. Pode incluir termos adicionais de todos os Eixos

Ex: Monitorizar dor, envolver doente e prestador de cuidados

24



FUTURO

“...a CIPE® é um projecto a longo prazo(...)está apta a sofrer todas as correcções que se justifiquem(...).(...) na versão 1 persiste o conceito de que a CIPE® não é um projecto acabado, é um classificação dinâmica capaz de proporcionar às enfermeiras *“uma linguagem comum para comunicarem e examinarem as suas práticas e ajudarem a melhorar, de uma forma global, os resultados dos cuidados de saúde”*. Mas , para isso, necessita do empenho das enfermeiras a nível internacional.”

LEAL (2006:123)

25



EXEMPLOS PRÁCTICOS:



26

7 Eixos Processo Enfermagem	Ação	Cliente	Foco	Juízo	Localização	Recursos	Tempo
Diagnósticos de Enfermagem		Indivíduo	Limpeza das Vias Aéreas	Compro- metido			
Intervenções de Enfermagem	Aspirar		Expectoração		Cavidade Oral, Nasal Tubo endotraqueal		
	Vigiar (características das secreções)					Aparelho de Aspiração	
	Inserir					Dispositivo	
	Incentivar		Tossir				
	Incentivar		Expectorar				
	Posicionar	Indivíduo					
Resultados de Enfermagem			Limpeza das Vias Aéreas	Normal			27

7 Eixos Processo Enfermagem	Ação	Cliente	Foco	Juízo	Localização	Recursos	Tempo
Diagnósticos de Enfermagem		Indivíduo	Dor	Actual	Coxa		Crónica
Intervenções de Enfermagem	Monitorizar		Dor			Instrumento de Avaliação; Linhas de Orientação face à Dor	
	Posicionar	Indivíduo					
	Gerir					Medicação Analgésica	
Resultados de Enfermagem		Indivíduo	Dor	Nenhum			28

7 Eixos	Ação	Cliente	Foco	Juízo	Localização	Recursos	Tempo
Processo Enfermagem							
Diagnósticos de Enfermagem			Comunicação	Compro-metido			
Intervenções de Enfermagem	Estar Presente	Indivíduo	Relaciona-mento				Sempre
	Conversar		Resposta psicológica				Frequen-te
	Tocar		Bem-estar				Às Vezes
	Envolver	Indivíduo	Relaciona-mento				Sempre
Resultados de Enfermagem			Comunicação	Melhorado			

29

EXEMPLOS PRÁTICOS

Fenômenos Frequentes	Foco de Atenção	Início		Tempo	
		Data	Hora	Data	Hora
	Auto Cuidado: Higiene	2009.10.06	22:56		
	Auto Cuidado: Vestuário	2009.10.06	22:57		
	Auto Cuidado: Comer	2009.10.06	22:57		
	Auto Cuidado: Beber	2009.10.06	22:57		
	Auto Cuidado: Uso do Sanitário	2009.10.06	22:57		
	Posicionar-se	2009.10.06	22:57		
	Hipertensão	2009.10.06	22:58		
	Dor	2009.10.06	22:58		

30

EXEMPLOS PRÁTICOS

Intervenções	Início		Térmo		Especificações	
	Data	Hora	Data	Hora		
Gerir a analgesia	2009.10.28	07:34			2009.10.30	17:20
Optimizar o ambiente físico	2009.10.28	07:34				
Vigiar dor	2009.10.28	07:34				
Monitorizar a dor através de escala de dor	2009.10.30	17:18				

31

EXEMPLOS PRÁTICOS

Com Horário		Sem Horário	
Medicação 19:00 Metformina 1000 Mg Comp/1000. MG//Oral (O) 1000. A 22:00 Gabapentina 300 Mg Cáps/300. MG//Oral (O) 300. M 22:00 Hidroxizina 25 Mg Comp/25. MG//Oral (O) 25. MG 22:00 Paracetamol 500 Mg Comp/1000. MG//Oral (O) 1000. A		Análises 08:00 Análise Pedida//.	
Atitudes Terapêuticas		Exames	
Intervenções 17:00 Supervisar a alimentação 17:00 Vigiar a refeição 18:00 Monitorizar glicemia capilar 18:00 Monitorizar a SatO2 18:00 Monitorizar temperatura corporal 18:00 Monitorizar frequência cardíaca 18:00 Monitorizar tensão arterial 19:00 Supervisar a alimentação 19:00 Vigiar a refeição		Cirurgias	

(Monitorizar glicemia capilar) Nº Dias: 2 - Realizadas: 1

32

EXEMPLOS PRÁTICOS

Com Horário **Sem Horário**

Medicação

Atitudes Terapêuticas

- Parametros Vitais (30-10)
- Dieta Hipoglicídica (30-10)
- Pesquisa Glicemia Capilar (30-10)

Intervenções

- Gerir a analgesia (30-10)
- Vigiar sinais de hipoglicémia (30-10)
- Vigiar sinais de hiperglicémia (30-10)
- Vigiar dor (30-10)
- Optimizar o ambiente físico (30-10)
- Supervisar o posicionamento (30-10)
- Optimizar catéter venoso periférico (30-10)
- Vigiar sinais inflamatórios no local de inserção do catéter venoso (30-10)
- Providenciar arrastadeira / urinol (30-10)

Metformina 1000 Mg Comp//1000. MG//Oral (O) 30 dias 2 Por administração

33

EXEMPLOS PRÁTICOS

Com Horário **Sem Horário**

Medicação

- 19:00 Metformina 1000 Mg Comp//1000. MG//Or
- 22:00 Gabapentina 300 Mg Cáps//300. MG//Or
- 22:00 Hidroxizina 25 Mg Comp//25. MG//Oral (O)
- 22:00 Paracetamol 500 Mg Comp//1000. MG//Or

Atitudes Terapêuticas

Intervenções

- 17:00 Supervisar a alimentação
- 17:00 Vigiar a refeição
- 18:00 Monitorizar glicemia capilar
- 18:00 Monitorizar a SatO2
- 18:00 Monitorizar temperatura corporal
- 18:00 Monitorizar frequência cardíaca
- 18:00 Monitorizar tensão arterial
- 19:00 Supervisar a alimentação
- 19:00 Vigiar a refeição

Vigiar a refeição (P) dias 8 - NB realizada (12) - Realizada

Intervenções em S.O.S. / Intervenções Activas

- Supervisar o auto cuidado: beber
- Providenciar arrastadeira / urinol
- Vigiar sinais inflamatórios no local de inserção do catéter venoso
- Optimizar catéter venoso periférico
- Supervisar o posicionamento
- Vigiar sinais de hiperglicémia
- Vigiar sinais de hipoglicémia
- Vigiar dor
- Optimizar o ambiente físico
- Gerir a analgesia

Prescrito em: 2009.10.27 22:46 Termo em:

Executado em:

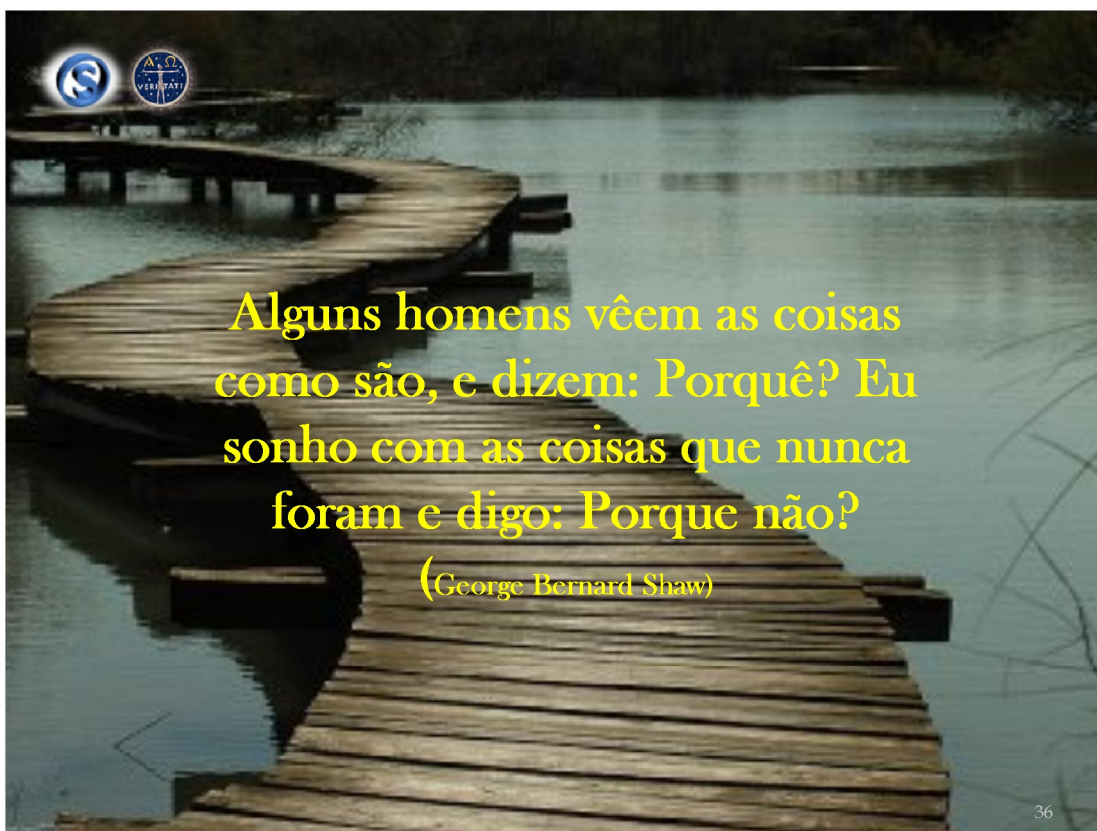
2009.10.30 17:28 Executar Seir

34

EXEMPLOS PRÁCTICOS

The screenshot displays a medical software interface with two main windows. The 'Mapa de Cuidados' (Care Map) window on the left is divided into three sections: 'Medicação' (Medication), 'Atitudes Terapêuticas' (Therapeutic Attitudes), and 'Intervenções' (Interventions). The 'Medicação' section lists: 19:00 Metformina 1000, 22:00 Gabapentina 300, 22:00 Hidroxizina 25 Mg, and 22:00 Paracetamol 500. The 'Intervenções' section lists: 17:00 Supervisar a alim, 17:00 Vigiar a refeição, 18:00 Monitorizar glicem, 18:00 Monitorizar e SatO, 18:00 Monitorizar tempe, 18:00 Monitorizar frequê, 18:00 Monitorizar tensã, 19:00 Supervisar a alim, and 19:00 Vigiar a refeição. The 'Notas Gerais' (General Notes) window on the right shows three entries for 30-10-2009. The first entry at 08:15 states: 'foi realizar TAC abdominal+craneo encefálico+toracico regressando após o exame'. The second entry at 07:45 states: 'doente apresentou hipotensão com sudorese e seguida de uma dejeção de características diarreicas. O doente ia autocuidar-se no Vvc por ter TAC Abdominal torácica e pélvica às 8:30, mas foi dada indicação para ser acompanhado por auxiliar.' The third entry at 03:10 states: 'Tem TAC abdominal + craneo encefálico + toracico às 8:30.' Below the notes is a section for 'Notas Médicas' (Medical Notes) with three empty text boxes. At the bottom of the notes window are 'Ok' and 'Cancelar' buttons.

35



36



REFERÊNCIAS

- ▣ INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**. Geneva: International Council of Nurses, 2005. 210 p. ISBN 92-95040-36-8.
- ▣ ICN- Internatinal Council of Nurses [International Classification for Nursing] [Em Linha], 2005[consult. 23 Out.2009] Disponível em www.icn.h/icnp_v1book_ch.htm.
- ▣ LEAL, Mª Teresa – **A CIPE® e a Visibilidade d Enfermagem, Mitos e Realidades**. Loures: Lusociência, 2006.218p.ISBN972-8930-20-8.
- ▣ TRUPPEL,Thiago[et al.] -Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília. ISSN 0034-7167. vol 62, nº 2 (Mar. -Abr .2009), p. 221-227.

37

**OBRIGADO PELA
VOSSA ATENÇÃO!!**

38

ANEXO XI – Documento de divulgação da sessão de formação” CIPE®- Uma
Sensibilização “



CENTRO
HOSPITALAR
DE LISBOA
CENTRAL, EPE
UCIP₁

FORMAÇÃO

TEMA

“CIPE® - Uma Sensibilização”

PALESTRANTE: Enf.^a Fernanda Bernardo
(Estudantes da Especialidade de
Médico-cirúrgica)

DESTINATÁRIOS: Enfermeiros

DATA – 05/11/2009

HORA – 14.30 horas

ANEXOII – Avaliação da sessão de formação “CIPE®- Uma Sensibilização “

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

“CIPE®- Uma Sensibilização”

Esta avaliação foi realizada de forma anónima e confidencial. Para a sua elaboração foi aplicado um questionário no qual são avaliados quatro parâmetros: Realização das expectativas; Dinâmica grupal na sessão; Desenvolvimento e o Formador. Cada parâmetro tem várias questões que podem ser avaliadas entre 1 e 5. Na seguinte grelha será apresentado o número de pessoas que avaliou aquela questão naquela pontuação.

Realização de Expectativas	1	2	3	4	5
Classifique a forma como foram definidos os objectivos					9
Avalie o grau de realização dos objectivos propostos				3	6
Avalie o grau de consonância entre os temas abordados e a sua actividade profissional			3	2	4
Classifique a utilidade desta acção de formação para o desempenho das suas funções			3	3	3
Classifique o grau de concordância entre as suas expectativas e os objectivos desta acção de formação				5	4
Dinâmica grupal na sessão	1	2	3	4	5
Avalie o grupo quanto à promoção da aprendizagem e troca de experiências				2	7
Avalie a relação estabelecida entre os participantes				1	8
Desenvolvimento	1	2	3	4	5
Classifique o contributo dos conhecimentos adquiridos para a melhoria do seu desempenho profissional			5	1	3
Classifique o contributo dos conhecimentos adquiridos para o seu desenvolvimento pessoal			1	3	5
Formador	1	2	3	4	5
Motivou a participação do grupo				2	7
Expressou-se com clareza				2	7
Prestou os esclarecimentos solicitados				1	8
Estabeleceu uma boa relação com o grupo				1	8
Utilizou uma metodologia que facilitou a aprendizagem e utilidade prática dos conteúdos				1	8
Classifique a qualidade de animação da sessão				3	6

ANEXO XIII – Escala de avaliação da dor BPS

ESCALA COMPORTAMENTAL DE DOR

BPS (Behavioral Pain Scale)

ESCALA COMPORTAMENTAL DA DOR (Behavioral Pain Scale)

EXPRESSÃO FACIAL

Relaxada	1
Ligeiramente contraída (ex. sobrancelhas arqueadas)	2
Contração franca (ex. pálpebras cerradas)	3
Fáceis de dor	4

MEMBROS SUPERIORES/INFERIORES

Sem movimento	1
Parcialmente flectidos e tensos	2
Rígidos com dedos crispados/cerrados	3
Totalmente contraídos/rígidos	4

ADAPTAÇÃO VENTILATÓRIA

Adaptado	1
Adaptado com acessos de tosse esporádicos	2
Desadaptado/Bloqueio ventilatório frequente	3

NOTAS:

Avaliações com analgesia > 4 implica ajuste terapêutico com aumento analgésico

Em V. Espontânea com score > 3 implica terapêutica analgésica (anulado parâmetro Adaptação Ventilatória)

Em doentes tetraplégicos com score > 3 implica terapêutica analgésica (anulado parâmetro dos Membros)

Adaptado de Payen (2001)

ANEXO XIV – Medidas não Farmacológicas perante a dor

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PERANTE A DOR

SCORE - Entre 3 e 8

- Ø Proporcionar um ambiente calmo e seguro;
- Ø Estabelecer uma relação de apoio eficaz;
- Ø Mostrar-se calmo e solidário;
- Ø Monitorizar sinais vitais, estando atento a taquicardia, hipertensão e polipneia;
- Ø Ter disponível e consultar o histórico de dor na folha inicial de colheita de dados;
- Ø Promover um plano de sono/repouso adequado;
- Ø Estabelecer um plano adequado;
- Ø Promover o conforto através de protecções de colchão, dispositivos de apoio e outros equipamentos necessários;
- Ø Promover um adequado esquema de fisioterapia;
- Ø Manter um alinhamento adequado na recuperação de uma lesão;
- Ø Utilizar medidas de suporte emocional (toque terapêutico, conforto);
- Ø Proporcionar apoio espiritual/ religioso;
- Ø Incluir a família no programa de controlo da dor;
- Ø Registar de forma sistemática as intervenções não farmacológicas, os seus efeitos, bem como as mudanças de plano terapêutico;
- Ø Antes da reavaliação fazer a análise e alterar as acções de enfermagem se necessário;
- Ø Actualizar conhecimentos e competências. Encorajar uma respiração vagarosa, rítmica e profunda;
- Ø Utilização de técnicas cognitivas de relaxamento e distracção como musicoterapia, ver televisão, imagens guiadas entre outros;
- Ø Utilizar o toque Terapêutico/ reconfortante;
- Ø Identificar a causa da dor;
- Ø Identificar e seleccionar a intervenção que seja da preferência da pessoa;

- Ø Diminuir os estímulos nocivos e dar conhecimento ao doente a sua diminuição ou abolição;
- Ø Administrar analgésicos em SOS ou em horário pré definido com o objectivo de evitar dor severa.
- Ø

SCORE - Entre 9 e 12

- Ø Estabelecer em conjunto com a equipa médica a dose analgésica óptima. Dor contínua exige analgesia contínua;
- Ø Ajustar o plano terapêutico do doente de acordo com os resultados de reavaliação e recursos disponíveis;
- Ø Conhecer os efeitos secundários dos analgésicos administrados.

REFERÊNCIAS

- ORDEM DOS ENFERMEIROS -Conselho de Enfermagem – Dor - Guia Orientador de Boa Prática. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros, 2008.55p.ISBN 976-972-99646-9-5.
- RITTO, Ana Cristina Fernandes Dor: 5º Sinal Vital, Do Projecto à Realidade, a longa caminhada.... Enfermagem. Lisboa. ISSN 0871-0775. Nº39 2ª série (Jun. /Set. 2005), p.5-9.
- SANDS, Judith K. ;DENNISON, Pamela E.- Manual Clínico de Enfermagem Médico- Cirúrgica : Conceitos e Prática Clínica.3ª ed. Loures: Lusodidacta, 1995.449p. ISBN 972-96610-4-9.
- URDEN, Linda D.[et. al.]- Thelan's Enfermagem de Cuidados Intensivos: Diagnóstico e Intervenção.5ª ed. Loures: Lusodidacta, 2008.1265p. ISBN 978-989-8075-08-6.

ANEXO XV – Folha inicial de compilação de artigos, em suporte informático, sobre a
Dor deixado na Unidade de Cuidados Intensivos.



UNIVERSIDADE
CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE PÓS LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

A DOR

O QUINTO SINAL VITAL



FERNANDA BERNARDO

LISBOA

NOVEMBRO 2009

A DOR

O QUINTO SINAL VITAL

A dor é sentida desde o princípio da humanidade, no entanto, nem sempre lhe foi atribuída a importância devida. Apenas nas últimas décadas se verificou um verdadeiro impulso na investigação sobre esta temática. Contudo, devido à sua subjectividade e à multidimensionalidade da sua etiologia e manifestações, ainda existe um longo caminho a percorrer.

De acordo com o IASP citado pela ORDEM DOS ENFERMEIROS (2008, p.11) a dor pode ser definida como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão. E tal como refere PEDROSO e CELICH (2006, p.2) desde Janeiro de 2000 que a Joint Commission on Accreditation Healthcare Organizations (JCAHO) publicou um documento que descreve a dor como 5º sinal vital. Deste modo, ela terá de ser avaliada e registada concomitantemente com os restantes sinais vitais

A avaliação da dor deve estar presente em todos os contextos assistenciais e, nesse sentido, o enfermeiro assume um papel preponderante no seio da equipa pluridisciplinar. A implementação de instrumentos de avaliação sistemática da dor deverá ser uma realidade nos nossos dias.

O Enfermeiro deve saber reconhecer e identificar Sinais de dor como choro, alteração dos sinais vitais, agitação, entre outros. A avaliação da dor é fundamental para o planeamento de cuidados e para a humanização dos mesmos, de acordo com RITTO (2005,p. 7)

“o objectivo da valorização de qualquer sinal vital é a avaliação e registo desses sinais , tornando-os visíveis de modo a poder instituir ou não, medidas adicionais de apoio. O mesmo se verifica em relação à dor: se não se medir a sua intensidade e não se proceder ao seu registo sistemático, não é possível desenvolver intervenções que previnam o aparecimento ou

reduzam a intensidade da dor, cujo o objectivo será o controlo analgésico ideal para cada doente, o que contribuirá para a melhoria da sua qualidade de vida.”

Nas próximas páginas seguem-se alguns documentos quem tem como objectivo ajudar na avaliação sistemática do 5º sinal vital, a **DOR**.

REFERÊNCIAS

- ORDEM DOS ENFERMEIROS -Conselho de Enfermagem – **Dor - Guia Orientador de Boa Prática**. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros, 2008.55p.ISBN 976-972-99646-9-5.
- PEDROSO, Rene António; CELICH, Kátia- Dor: Quinto Sinal Vital, um Desafio para o Cuidar em Enfermagem. **Texto & Contexto- Enfermagem**. Florianópolis. ISSN 0104-0707. Vol15, nº2 (Abr. /Jun2006), p.270-276.
- RITTO, Ana Cristina Fernandes Dor: 5º Sinal Vital, Do Projecto à Realidade, a longa caminhada.... **Enfermagem**. Lisboa. ISSN 0871-0775. Nº39 2ª série (Jun. /Set. 2005), p.5-9.